FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1963 *No 18*

THESE

PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

ISELER Marie-Reine

Née à TERVILLE (Moselle)

le 5 avril 1938

Ancienne Externe des Hôpitaux de Strasbourg

LES RÉSULTATS ACTUELS DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL DES ADÉNITES CERVICALES TUBERCULEUSES CHEZ L'ENFANT

ETUDE DE 50 OBSERVATIONS

Président : Mr R. SACREZ, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1963 *No 18*

THESE

PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

ISELER Marie-Reine

Née à TERVILLE (Moselle)

le 5 avril 1938

Ancienne Externe des Hôpitaux de Strasbourg

LES RÉSULTATS ACTUELS DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL DES ADÉNITES CERVICALES TUBERCULEUSES CHEZ L'ENFANT

ETUDE DE 50 OBSERVATIONS

Président : Mr R. SACREZ, Professeur

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

F A C U L T E DE M E D E C I N E DE S T R A S B O U R G

MM.

Doyen	FONTAINE
Doyen honoraire	CALLOT
Assesseur	CALLOT

- Professeurs Titulaires -

Anatomie	MEYER
Anatomie Pathologique	N...
Biologie Médicale	KLEIN
Chimie Biologique	MANDEL
Embryologie	CLAVERT
Histologie	ARON M.
Histologie	ARON Cl.
Hématologie	WAITZ
Hygiène et Bactériologie	TULASNE
Médecine Légale et Médecine Sociale	CHAUMONT
Parasitologie et Médecine Tropicale	CALLOT
Pharmacologie et Médecine Expérimentale	SCHMID
Physiologie	KAYSER
Physiologie Appliquée	METZ
Physique Biologique	CHEVALLIER
Clinique Chirurgicale A	FONTAINE
Clinique Chirurgicale B	WEISS
Clinique Médicale A	WARTER
Clinique Médicale B	STAHL
Clinique Dermatologique	WORINGER
Clinique de Pédiatrie et Puériculture	SACREZ
Clinique Neurologique	THIEBAUT
Pathologie Nerveuse et Electroencéphalographie	ROHMER
Clinique Gynécologique et d'Accouchement	BURGER
Clinique Ophtalmologique	NORDMANN
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	GREINER
Chaire de Clinique de Pneumo-Phtisiologie	OUDET
Clinique Psychiatrique	KAMMERER
Pathologie Chirurgicale	JUNG
Chaire de Thérapeutique	METZGER
Chaire d'Electro-Radiologie	GROS
Pathologie Expérimentale	STEPHAN
Stomatologie	VEDRINE
Hydrologie	N....

- Professeurs sans chaire -

Anatomie	WINCKLER
Anatomie Pathologique	LE GAL
Hématologie	MAYER G.
Histologie	MARESCAUX
Hygiène et Bactériologie	MINCK

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

MM. APROSIO	MM. GRENIER	MM. LAVILLAUREIX
BATZENSCHLAGER	KARLI	SCHAFF
CHAMBON	KIRN	WEILL J.D.
CHAMBRON	KORITKE	

- A G R E G E S -

MM. BOCKEL	MM. HOLLENDER	MM. MANTZ
BOLLACK	ISRAEL	MARCOUX
BRONNER	JAHN	MULLER J.N.
BURGHARD	JUIF	MULLER P.
CHAMPY	KIENY	SIBILLY
DORNER	KLOTZ	SCHWARTZ
FRANK	LEVY J.M.	WEILL J.P.
GANDAR		WITZ

- AGREGES LIBRES -

MM. BEYER, BUCK, FORSTER, KUHLMANN D., KUNTZMANN, VOEGTLIN.

- Directeur de l'Institut Dentaire -

M. VEDRINE

- CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE -

MM. MATHIS, Mme MAYER S., MEHL J., MOISE, MUGLER A., SINGER, TISSIER

- PROFESSEURS HONORAIRES -

MM. BARRE	MM. KELLER	MM. ROEDERER
BENOIT	REDSLOB	VAUCHER
HANNS	ROHMER	VINTEMBERGER

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552712_0027

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. SACREZ

Directeur de la Clinique de Pédiatrie
et Puériculture
de la Faculté de Médecine de Strasbourg

qui nous fit le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, qu'il veuille recevoir ici
l'hommage de notre gratitude et de
notre profond respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Agrégé G. BURGHARD

Il nous a permis de faire ce travail en nous guidant inlassablement au cours de sa réalisation.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé J.P. W I T Z

Il nous a accueilli comme externe. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de juger notre travail.

Monsieur le Professeur Agrégé J.M. L E V Y

Nous avons toujours trouvé auprès de lui un accueil amical.

A MES PARENTS

En témoignage de reconnaissance
et d'affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

- I N T R O D U C T I O N -

L'endémie tuberculeuse n'a pas montré de régression notable en France. Dans le cadre de ces infections tuberculeuses, nous voyons encore un certain nombre d'adénites cervicales. L'attitude thérapeutique constitue toujours un problème d'actualité.

Les effets d'un traitement doivent tenir compte des caractéristiques essentielles de l'affection :

- bénignité sur le plan vital et curabilité spontanée d'une part,
- longueur de l'évolution, résultats inesthétiques d'autre part.

Les tuberculostatiques n'ont pas beaucoup modifié le pronostic local des adénites cervicales tuberculeuses. Du moins ont-ils apporté un élargissement des indications de la chirurgie d'exérèse qui s'avère actuellement pour la majorité des auteurs comme la méthode de choix.

Nous rapportons en cette thèse les observations de 50 enfants traités pour adénites cervicales tuberculeuses à la Clinique Infantile de Strasbourg entre novembre 1948 et juillet 1962. Nous ferons dans un premier chapitre un rappel clinique concernant la topographie, l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie des adénites cervicales tuberculeuses. Puis nous envisagerons les conceptions actuelles du traitement et pour terminer nous discuterons les résultats de nos 50 observations.

- Chapitre I -

LES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES CHEZ L'ENFANT

1°) - La topographie des adénites cervicales

Il n'est pas sans intérêt de rappeler brièvement certaines données topographiques qui non seulement nous renseignent sur le mécanisme de l'infection de ces ganglions mais qui expliquent encore la complexité et la difficulté du traitement chirurgical.

SCHMID distingue dix groupes de ganglions :

1 - les ganglions sous-mentaux
2 - " " sous-maxillaires
3 - " " pré-auriculaires
4 - " " rétro-auriculaires
5 - " " occipitaux
6 - " " parotidiens
7 - chaîne jugulaire profonde partie supérieure
8 - chaîne jugulaire profonde partie inférieure
9 - ganglions cervicaux superficiels
10 - ganglions supra-claviculaires.

1 - Les ganglions sous-mentaux

D'après ROUVIERE leurs vaisseaux afférents viennent du menton, de la lèvre inférieure, des joues, de la partie médiane de la gencive inférieure, du plancher buccal et de la pointe de la langue.

2 - Les ganglions sous-maxillaires

Au nombre de 3 à 6 de chaque côté, ils sont sous-aponévrotiques et placés le long du bord inférieur de la mâchoire. On peut les distinguer en quatre groupes : préglandulaire, prévasculaire, rétrovasculaire et rétroglandulaire, selon qu'ils sont placés en avant de la glande, en avant de la veine faciale, en arrière de la veine faciale ou en arrière de la glande. Ils reçoivent les lymphatiques de la partie interne des paupières, du nez, de la joue, des lèvres, des gencives et du plancher buccal. Les ganglions sous-angulo-maxillaires sont les plus importants et les plus souvent atteints (UEHLINGER). Ils sont en relation dans la région de l'oreille avec les ganglions pré-auriculaires, vers la pointe du menton avec les ganglions sous-mentonniers, dans la région de la nuque avec les ganglions situés en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien, vers le thorax avec les ganglions sus-claviculaires.

On trouve parfois à la face, sur le trajet des lymphatiques tributaires des ganglions sous-maxillaires, des petits ganglions appelés ganglions buccaux.

3 - Ganglions pré-auriculaires

Ils reçoivent les lymphatiques du front, de la partie antérieure et supérieure du pavillon de l'oreille, de la partie antérieure et moyenne du cuir chevelu.

4 - Ganglions rétro-auriculaires

Ils reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne et postérieure du cuir chevelu, de la partie postérieure et inférieure du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe.

5 - Ganglions occipitaux

Ces ganglions reçoivent les lymphatiques de la partie occipitale du cuir chevelu.

6 - Ganglions parotidiens

ROUVIERE réunit dans ce groupe tous les ganglions inclus dans la loge parotidienne. Ceux-ci peuvent être répartis en trois groupes : sus-aponévrotiques, sous-aponévrotiques et parotidiens profonds. Ces derniers siègent le long de la carotide externe. Le ganglion stylien est en contact avec l'artère parotidienne, branche de la carotide externe. Il est presque toujours atteint par le processus de tuberculisation et on l'oublie souvent car il est le plus haut situé des ganglions de la loge parotidienne (BUCK).

7 - Chaîne jugulaire profonde partie supérieure

Elle se compose de nombreux ganglions situés le long de la veine jugulaire interne de la base du crâne jusqu'à la confluence de la veine faciale avec la veine jugulaire interne.

8 - Chaîne jugulaire profonde partie inférieure

Elle est située le long de la veine jugulaire interne, de la confluence de la veine faciale jusqu'au tronc jugulaire, prolongeant ainsi la chaîne supérieure que nous avons citée plus haut.

Les vaisseaux afférents de toute cette chaîne viennent du pharynx, de la trompe d'Eustache, de l'oreille moyenne, du palais et des amygdales. La chaîne jugulaire profonde recueille aussi la lymphe de toute la partie antérieure de la tête et du

cou, directement ou par l'intermédiaire des groupes ganglionnaires des régions antérieures de la tête et du cou.

9 - Ganglions cervicaux superficiels

situés derrière le sterno-cléido-mastoïdien. Ils reçoivent les ganglions de l'occiput.

10 - Ganglions supra-claviculaires

reçoivent les lymphatiques de la nuque. Ils sont en liaison avec le médiastin.

Troncs collecteurs des lymphatiques de la tête et du cou.

D'après ROUVIERE toute la lymphe de l'organisme se déverse à la base du cou par plusieurs troncs collecteurs terminaux dans les confluents jugulo-sous-claviers ou dans les veines jugulaires internes et sous-clavières. Le canal thoracique, le plus important de ces troncs collecteurs, résume à peu près toute la circulation lymphatique de la partie sous-diaphragmatique du corps et draîne également la lymphe de la région postérieure de la paroi thoracique.

2°) - Etiologie et pathogénie

On peut distinguer deux groupes d'adénites cervicales tuberculeuses : les adénites primaires et les adénites secondaires.

a) les adénites cervicales tuberculeuses primaires

Elles apparaissent au moment du virage de la cuti-réaction et représentent alors l'élément ganglionnaire d'un complexe primaire.

Les adénites primaires constituent l'éventualité la plus

fréquente. Elles sont dues à une pénétration du bacille de Koch au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée. On conçoit facilement que cette porte d'entrée soit le plus souvent en rapport avec une contamination digestive.

Sur les 51 observations d'adénites recueillies par MARQUEZY à l'hôpital Trousseau de 1948 à 1956, on note 35 cas d'adénites primaires. Elles étaient dues à une contamination digestive par le bacille bovin, le chancre d'inoculation passant le plus souvent inaperçu. Dans les observations de MARQUEZY on note 13 chancres d'inoculation bucco-pharyngés, gingivaux et amygdaliens, et 7 chancres d'inoculation céphalique siégeant sur la joue, le cuir chevelu, les commissures labiales, le front, le cou, et 2 sur les conjonctives; 15 fois ce chancre n'a pas été retrouvé.

D'après SCHMID le chancre d'inoculation est le plus souvent amygdalien.

PELLERIN publie une statistique de 77 adénites primaires. Dans ce groupe on relève dans 25 cas un chancre d'inoculation buccal, dans deux cas un chancre amygdalien, dans 23 cas un chancre gingival, dans 27 cas la lésion d'inoculation n'a pas été retrouvée.

Pendant l'évolution des adénites cervicales tuberculeuses primaires, il n'y a pas d'atteinte médiastino-pulmonaire. Quant à l'impossibilité de la survenue d'une tuberculose pulmonaire ultérieure, elle fut énoncée par MARFAN en ces termes : "On ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution chez des sujets qui pendant l'enfance ont été atteints d'écrouelles et qui en ont guéri complètement avant l'âge de 15 ans, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun autre foyer de tuberculose n'eut

été appréciable". En fait, aucune explication satisfaisante n'a été donnée de cette loi et on publie périodiquement des observations la mettant en défaut (BRÜGGER).

b) Les adénites secondaires

Elles sont en général de topographie basse, sus-claviculaire ou pré-laryngée, évoquant une propagation lymphatique ascendante à point de départ médiastinal. Dans la statistique de MARQUEZY, sur 51 cas on note 16 adénites secondaires, parmi celles-ci 11 cas à siège unilatéral, 3 cas à siège bilatéral. Dans presque tous les cas la primo-infection est plus ou moins ancienne.

c) Importance respective des B.K. humains, bovins et des bacilles paratuberculeux

Dans les adénites primaires, si la fréquence du chancre d'inoculation buccal plaide déjà en faveur d'une contamination alimentaire, l'enquête épidémiologique va souvent la démontrer (BEHLERT, SATTLER). A Wangen, MUTSCHLER a trouvé des bacilles tuberculeux bovins dans 74 % des cas. URECH a trouvé 90 % de B.K. de type bovin. Dans la grande enquête faite au Danemark par MADSEN, HOLM et JENSEN, on a trouvé le type bovin dans 80 % des cas. (KESZTELE). En Suisse WISSLER a même trouvé le type bovin dans 100 % des cas. En France, malgré les mesures prophylactiques concernant la tuberculose bovine et le contrôle laitier, les adénites cervicales tuberculeuses demeurent d'observation courante (PELLERIN). Sur les cinquante cas que nous avons relevé ici, quarante deux cas viennent de la campagne ce qui coïncide avec le rôle prépondérant du B.K. bovin.

En Amérique, vers 1914 les adénites tuberculeuses étaient dues au B.K. bovin dans 90 % des cas. Depuis l'éradication totale du bétail tuberculeux, toutes les adénites sont dues au

bacille humain (LINCOLN).

En dehors des adénites dues au bacille de Koch, de type humain et bovin, on trouve des adénites cervico-faciales à bacilles para-tuberculeux. Selon NOUFFLARD la porte d'entrée du microbe n'est pas bucco-pharyngée mais plutôt cutanée, oculaire ou auriculaire. En effet, dans plus de la moitié des cas, le siège de l'adénite est prétragien, mastoïdien, facial ou sous-mental ce qui est inhabituel pour les adénites tuberculeuses. D'autre part WILMOT note que sur 52 cas aucune adénite à bacilles para-tuberculeux n'était survenue après l'âge de 3 ans. Dans nos 50 observations nous avons noté un cas d'adénite à bacilles para-tuberculeux.

3°) - Le tableau clinique et l'évolution des adénites cervicales tuberculeuses

Nous envisagerons successivement :

a) les adénites tuberculeuses primaires
b) les adénites tuberculeuses secondaires
c) les adénites dues à des bacilles paratuberculeux.

a) Les adénites tuberculeuses primaires

C'est la forme la plus importante chez l'enfant (SCHMID, MARQUEZY). Nous avons déjà signalé qu'elles surviennent au moment même du virage de la cuti-réaction. La topographie de ces adénites primaires est en général unilatérale. Le siège habituel est sous-angulo-maxillaire ou sous-maxillaire, plus rarement prétragien ou sous-mental.

La taille des adénites varie de la lentille à l'oeuf de poule. Parfois le ganglion est unique, parfois il est entouré de satellites de taille plus petite. Au stade de crudité,

l'adénite est ferme, mobile par rapport aux plans sus- et sous-jacents qui sont intacts.

Elle est indolore, point capital qui la distingue des adénites à germes banaux (SCHMID).

L'évolution locale d'une telle adénite cervicale tuberculeuse primaire va se faire habituellement vers l'augmentation de volume avec caséification. Puis il y a évolution vers la suppuration, ce qui peut entraîner une fistulisation, ou une évacuation du pus dans l'espace rétro-pharyngien (UEHLINGER). D'autre part, la nécrose peut aussi se charger de sels calcaires. On obtient ainsi des calcifications visibles à la radio (SCHMID).

Il faut aussi noter que beaucoup de volumineuses tuméfactions présentant les caractères cliniques du stade de crudité et qualifiées de lymphomes solitaires, traduisent déjà une coulée de caseum évoluant vers la surface cutanée à partir d'un paquet ganglionnaire profond non perçu à l'examen (SCHMID).

Sur le plan clinique on peut distinguer trois formes :

- formes aiguës fébriles
- formes subaiguës à évolution épisodique
- formes torpides à évolution chronique

- formes aiguës fébriles

Ce sont les moins fréquentes. Le développement de l'adénite est rapide et coïncide avec une poussée fébrile. La température disparaît vite mais la masse ganglionnaire persiste.

- formes à évolution épisodique

Elles sont un peu plus fréquentes. Les périodes de rémission peuvent être très longues, parfois 10 à 20 ans. Les poussées se produisent à l'occasion de déficiences de l'état général.

- formes torpides à évolution chronique

Elles sont de loin les plus fréquentes. En effet c'est classiquement pour l'apparition insidieuse d'une tuméfaction cervicale indolore que l'enfant est amené en consultation. Ces adénopathies sont d'une chronicité désespérante et font accumuler les retards scolaires. Il arrive fréquemment que la peau avoisinant l'adénite soit envahie par le processus tuberculeux, réalisant ainsi un scrofuloderme (BEHLERT).

Dans toutes ces formes, l'image radiologique des poumons est normale. Le diagnostic bactériologique se fait par l'examen du pus de l'adénite qui peut montrer des B.K. à l'examen direct, à la culture sur Loewenstein et à l'inoculation au cobaye.

En cas de doute on peut pratiquer une biopsie avec examen histologique qui révèle la nature tuberculeuse de l'affection. On ne doit pas hésiter à la pratiquer car si l'étiologie tuberculeuse reste la plus fréquente on peut aussi trouver des adénites de causes différentes comme nous le verrons plus loin.

b) Les adénites cervicales tuberculeuses secondaires

Elles sont plus rares chez l'enfant. L'atteinte ganglionnaire est en général bilatérale. Elle s'accompagne fréquemment de foyers parenchymateux pulmonaires et d'adénites médiastinales (SCHMID).

c) Les adénites à bacilles paratuberculeux dits chromogènes atypiques

Les premières observations d'adénites à bacilles paratuberculeux nous sont venues d'Amérique du Nord. Or en Europe cette localisation s'observe également. NOUFFLARD, COSTIL et BRISSAUD ont vu 25 cas depuis 1951, dont 17 depuis 1958. Cependant, la fréquence réelle de ces adénites est certainement plus grande. Ainsi JENKINS, dans son rapport à la XV^{e} Conférence Internationale de la Tuberculose (Istanbul, septembre 1959), les signale comme une affection "assez commune" aux Etats-Unis.

Il s'agit certainement d'une affection autonome, bien que l'association avec des bacilles tuberculeux authentiques pose dans certains cas un problème difficile.

Les auteurs NOUFFLARD et COSTIL ont pu étudier complètement 21 cas. Dans toutes ces observations le diagnostic a toujours été celui d'adénite tuberculeuse avant les résultats de la culture. En effet, il s'agit d'une adénite d'allure froide chez un enfant que l'on trouve allergique à la tuberculose; la ponction ramène du pus où des bacilles acido-résistants sont le plus souvent visibles à l'examen direct. Seule la culture montrera qu'il s'agit d'une autre mycobactérie.

Mais cependant, de l'ensemble des observations connues, se dégage un certain nombre de caractères cliniques assez particuliers :

- âge de l'enfant

sur les 21 malades, 16 avaient moins de 3 ans. Ce jeune âge est aussi cité par KAPLAN et GRUMBACH.

Il n'en est pas de même pour les adénites tuberculeuses.

Ainsi dans la statistique anglaise de WILMOT qui porte sur 52 cas, aucun n'étant survenu avant l'âge de 3 ans.

- siège de l'adénite

Dans plus de la moitié des cas, (12 sur 21) le siège a été facial, mastoïdien, prétragien ou sous-mental. Ces localisations particulières correspondent vraisemblablement à une porte d'entrée non bucco-pharyngée, mais plutôt cutanée, oculaire, auriculaire.

- allergie tuberculinique

Elle a toujours été positive mais faible au début dans plus de la moitié des cas et dans plusieurs cas l'allergie a disparu par la suite.

- La radiographie thoracique a toujours été normale.

- L'évolution a été quelquefois traînante, mais dans l'ensemble bien plus bénigne que celle d'une adénite tuberculeuse. Ces adénites à bacilles para-tuberculeux guérissent après fistulisation dans un délai assez court.

En fait c'est l'examen bactériologique seul qui permet d'affirmer le diagnostic.

La culture fait apparaître, sur les milieux à l'oeuf, des colonies lisses, humides, d'emblée intensément pigmentées en orange vif, caractéristique des bacilles "scotochromogènes." Or d'après la classification de RUNYON, ce serait les bacilles "scotochromogènes" qui, parmi les bactéries "atypiques" auraient le plus rarement un rôle pathogène.

Les caractères qui différencient ces mycobactéries du bacille de Koch sont bien connus : outre cet aspect de la culture, l'apparition rapide des colonies même à 33°, la possibilité de culture sur milieux usuels.

Mais l'essentiel, la définition pour ainsi dire des bacilles para-tuberculeux, est l'absence de pouvoir pathogène expérimental.

4°) - Diagnostic différentiel des adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant

a) les adénites cervicales par infections banales des voies respiratoires supérieures

Les amygdalites, adénoïdites, gingivites et stomatites sont souvent responsables d'adénites sous-maxillaires. Ces adénites sont éphémères et douloureuses, différence essentielle avec les adénites tuberculeuses.

b) les infections à virus donnent des adénites généralisées, ainsi la mononucléose infectieuse, la rubéole, la maladie des griffes du chat.

c) La maladie des Besnier-Boeck-Schaumann

Dans ce cas la cuti est négative et les ganglions ne suppurent jamais. En dehors des adénites on note généralement des manifestations cutanées : sarcoïdes à petits nodules, à gros nodules et sarcoïdes diffuses en placard.

D'autre part les localisations pulmonaires sont fréquentes. Elles peuvent revêtir différentes formes :

- forme ganglio-médiastinale où de nombreuses adénopathies sont disposées à la partie moyenne du médiastin
- forme pulmonaire à type de miliaire ou d'infiltrat en nappe
- forme médiastino-pulmonaire associant les aspects médiastinaux et parenchymateux des deux formes précédentes

d) Les adénopathies malignes

- La leucémie : dans ce cas le diagnostic se fait à l'aide de la numération, de la formule sanguine et de l'examen de la moelle osseuse.

- La maladie de Hodgkin

Elle est assez rare dans l'enfance. La biopsie ganglionnaire est nécessaire pour confirmer le diagnostic. L'examen histologique montre la présence de cellules de Sternberg au milieu d'un granulome bigarré.

- Sarcome lymphoblastique

Il s'agit d'une tumeur maligne pouvant se développer dans les ganglions du cou. Le diagnostic se fait à la biopsie. Nous en avons observé un cas.

- La maladie de Bryll-Simmers ou lymphome giganto-cellulaire de pronostic fatal.

- Chapitre II -

CONCEPTIONS ACTUELLES DU TRAITEMENT

La multiplicité des traitement appliqués aux adénites cervicales tuberculeuses traduit bien leurs imperfections et l'insuffisance de résultats fréquemment observés.

Le traitement doit avoir pour but :

- de raccourcir la durée d'évolution
- d'éviter les cicatrices disgracieuses
- d'empêcher les récidives (SACREZ, BURGHARD, WITZ).

Nous envisagerons successivement :

A.- Traitement médical

1°) - cure climatique
2°) - radiothérapie
3°) - tuberculostatiques a) - voie générale
b) - in situ
4°) - corticoïdes a) - voie générale
b) - in situ
5°) - enzymothérapie.

B.- Traitement chirurgical

- problème de l'amygdalectomie
- exérèse ganglionnaire

A.- TRAITEMENT MEDICAL

1°) - Cure climatique

Elle fut pendant longtemps le seul traitement valable et actuellement elle est encore préconisée par beaucoup d'auteurs.

Ainsi GIRET de Berck sur 100 cas d'adénites fistulisées obtint la cicatrisation :

- 13 fois dans les 3 premiers mois
- 40 fois dans le 2ème trimestre
- 15 fois après 9 à 12 mois,

soit 88 % de cicatrisations avant un an.

WISSLER de Davos "fait l'éloge du soleil". Il rapporte les résultats de cas traités principalement par l'héliothérapie entre 1945 et 1951. En cas de ganglions non suppurés, l'action était minime, mais en présence de fistules et d'ulcères, elle était évidente. Dès qu'une insolation systématique était possible, la guérison s'accélérait pour se ralentir de nouveau aux périodes de mauvais temps.

COEUILLEZ de Pessac estime que la cure sanatoriale conserve son indication à l'heure actuelle, car elle permet de surveiller le malade et d'appliquer régulièrement le traitement antibiotique. D'autre part, son rôle social ne saurait être oublié.

La cure climatique peut donc être considérée comme un adjuvant au traitement médical et chirurgical.

2°) - La radiothérapie

Elle est de moins en moins utilisée. De 1941 à 1949 ACETO et KASUGA ont traité 65 malades atteints d'adénites cervicales tuberculeuses par la radiothérapie. La durée du traitement était de 6 semaines, au rythme d'une fois par semaine. Dans 50 % des cas environ les résultats ont été favorables.

- 63 % des adénites fluctuantes et fistulisées ont regressé ou guéri complètement
- 33 % des ganglions durs ont diminué de volume ou disparu.

MÜLLER en Allemagne rapporte en 1957 une statistique de 105 cas traités par la radiothérapie. Dans 10 % des cas il a obtenu une guérison complète et dans 70 % des cas une amélioration notable.

BRÜGGER par contre estime que la radiothérapie favorise le ramollissement des ganglions et parfois même la généralisation tuberculeuse.

3°) - Les tuberculostatiques

a) voie générale

L'effet des tuberculostatiques a été décevant. Alors que les autres tuberculoses chirurgicales bénéficient si largement des antibiotiques, le ganglion ayant atteint le stade caséeux "est pour le bacille de Koch un gîte presque inviolable" (IMBERT). Les tuberculostatiques utilisés couramment sont la streptomycine, l'isoniazide et l'acide para-amino-salycilique. D'après IMBERT et CHEVALLIER, sur 105 cas d'adénites cervicales tuberculeuses publiés en 1954 et traités par les tuberculostatiques par voie générale, on relève 24 guérisons, 21 aggravations, 55 résultats provisoires douteux ou nuls. Par aggravation

on entend évolution prolongée et surtout extension locale du processus ganglionnaire. Il y a augmentation de nombre et de volume des ganglions, apparition de scrofulodermes par envahissement cutané et augmentation du nombre des fistules. Toujours d'après IMBERT et CHEVALLIER on note que c'est la Streptomycine seule qui donnerait les meilleurs résultats; l'Isoniazide aurait moins d'effet et l'association de ces deux antibiotiques ne permet pas d'obtenir de meilleurs résultats que la Streptomycine isolée. En 1956 ces mêmes auteurs IMBERT et CHEVALLIER ont publié une statistique de 187 enfants et adultes en proportion égale présentant tous des adénites cervicales tuberculeuses. Les résultats sont à peu près identiques à ceux publiés en 1954. En effet dans 1/5 des cas seulement ces adénites bénéficient des antibiotiques, dans 1/5 elles sont aggravées, et dans 3/5 elles demeurent inchangées.

D'après ces auteurs, la tuberculose ganglionnaire étant une maladie d'évolution spontanément favorable, il faut réserver les antibiotiques aux :

- formes malignes, fébriles, à retentissement général
- lymphadénies généralisées
- enfants de moins de 2 ans surtout si l'adénite est proche de la primo-infection,
- exérèses chirurgicales des adénites. Le traitement antibiotique est utilisé un mois avant et plusieurs mois après l'intervention.
- adénites contemporaines d'autres localisations tuberculeuses.

BROWNE et MILLER en Angleterre donnent en général de la Streptomycine et du P.A.S. au début de l'évolution des adénites cervicales tuberculeuses. Au bout de 3 à 4 semaines ces auteurs notent une diminution de volume des ganglions, mais après l'arrêt de la chimiothérapie, les adénites se ramollissent souvent.

ZELLER en Allemagne rapporte une statistique de 120 cas traités à l'Isoniazide. Il relève :

29 % de guérisons cliniques
15 % d'améliorations notables
29 % d'améliorations légères
27 % d'échecs

COEUILLIEZ rapporte une étude de 328 adultes atteints d'adénites cervicales tuberculeuses, traités à l'Etablissement de Haut-Levêque à Pessac entre le 1er janvier 1959 et le 30 avril 1962. Il estime que le traitement tuberculostatique est toujours nécessaire et se révèle le plus souvent suffisant dès qu'il est correctement pratiqué et poursuivi suffisamment longtemps : un an au minimum. En effet, plus du 3/4 de ses malades ont été stabilisés sous l'effet du seul traitement antibiotique.

GIRET de Berck exclut les antibiotiques de son arsenal thérapeutique concernant les adénites tuberculeuses. En effet, il constate que nombre de malades ayant reçu des antibiotiques au préalable, présentent de vastes ulcérations et des adénites multifistuleuses.

WEBER de Berck a traité systématiquement de 1954 à 1956 tous les malades atteints d'adénites cervicales tuberculeuses par la sulfone argentique associée à l'Isoniazide. Il rapporte ainsi 26 observations. La durée du traitement a varié entre 2 mois et un an. La sulfone argentique n'a jamais été utilisée seule, dans tous les cas les malades ont reçu en même temps soit de l'Isoniazide, soit de l'Isorilone, soit du Glyconiazide. Il ne s'agissait que de malades présentant des lésions ganglionnaires étendues, ayant le plus souvent subi sans succès des traitements préalables et dont le début clinique remontait à

plus de 3 mois. Les résultats ont été bons dans 8 cas sur 26. A la fin du traitement, il n'y avait plus de ganglions perceptibles cliniquement et les fistules s'étaient bien cicatrisées. Les résultats ont été moyens dans 5 cas sur 26. Chez ces malades on a pu noter une très nette diminution clinique des adénopathies. Douze fois les résultats ont été mauvais et ces malades ont été opérés devant l'inefficacité clinique du traitement entrepris.

Bref, la majorité des auteurs s'accorde donc à reconnaître le peu d'efficacité des tuberculostatiques administrés par voie générale (LINCOLN, DORMONT, PELLERIN).

b) - in situ

L'effet des tuberculostatiques est un peu meilleur par voie locale. D'après PELLERIN ils ont une action favorable sur les fistules et sur les ulcérations cutanées. L'association P.A.S. - sulfones en injections locales semble empêcher la fistulisation (MARQUEZY). L'infiltration de la région périglandulaire et de la capsule favorise une régression rapide de l'adénite (MARQUEZY, ROSSI).

4°) - La corticothérapie

Les corticoïdes furent d'abord proscrits dans le traitement de la tuberculose. Puis on constata que les corticoïdes associés aux tuberculostatiques, constituent un apport efficace dans le traitement de la tuberculose, en particulier dans le domaine des adénites cervicales tuberculeuses. On utilise les corticoïdes par voie générale et par voie locale.

a) - voie générale

Per os les corticoïdes ne peuvent être utilisés que pour les ganglions au stade de crudité. En effet ces substances ayant une action anti-inflammatoire, on conçoit qu'ils restent sans effet pour les ganglions au stade caséeux. Le traitement hormonal ne peut être utilisé que sous protection d'une association au moins double de tuberculostatiques. Les corticoïdes par voie générale doivent être réservés aux formes graves et hypertrophiques (IMBERT, BERNARD).

JEUNE rapporte 12 observations d'adénites cervicales traitées dans 11 cas par la prednisone et dans un cas par la cortisone. Dans 7 cas sur 12, à la fin du traitement de 8 à 12 semaines, on ne palpait plus les ganglions, ou il ne persistait que de petits noyaux durs et non inflammatoires.

Sur ces 7 cas : 3 n'ont pas eu de rechutes
2 n'ont plus été revus
2 ont eu une rechute.

Dans les 5 autres cas le bénéfice n'a été que partiel. Il y eut une petite diminution de volume des ganglions et une régression de la périadénite.

En résumé, pour que les corticoïdes soient efficaces, ils doivent être administrés précocément et assez longtemps, 3 mois au minimum, en terminant de façon dégressive. A l'arrêt du traitement, on note souvent une rechute, c'est un phénomène de rebond (GERBEAUX). Cependant, un traitement prolongé aux corticoïdes risque d'entraîner des signes d'hypercorticisme. En effet, on peut observer un syndrome de Cushing passager (ERICHSON, JEUNE).

Quant aux adénites cervicales à bacilles paratuberculeux dits chromogènes atypiques, l'Isoniazide, le P.A.S. et la Streptomycine n'ont aucune action sur leur évolution. Par contre la delta-cortisone par voie générale semble très efficace. Presque toujours elle évite la fistulisation et entraîne la guérison dans quelques mois. Si l'on est certain du diagnostic, aucune couverture par tuberculostatique ne semble nécessaire (JOSEPH, RIBIERRE et BARROIS).

b) - <u>par voie locale</u>

Les injections de corticoïdes ne peuvent être faites que dans des adénites ramollies après ponction du pus. Des injections préalables de Streptokinase, Streptodornase entraînant le ramollissement de ganglions encore au stade de crudité, permettraient peut-être d'étendre les indications des corticoïdes in situ (MARQUEZY).

La voie locale semble donner de meilleurs résultats que la voie générale. L'effet des injections est bref et il est nécessaire de ne pas les espacer de plus de 3 à 5 jours et de les poursuivre souvent 1 à 2 mois.

MARQUEZY publie 9 cas d'adénites cervicales tuberculeuses traitées par des injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone à des doses de 10 mg au rythme de 2 à 3 injections par semaine. Dans 6 observations les injections locales d'hydrocortisone ont été employées isolément, dans 3 cas elles ont été associées aux tuberculostatiques. L'effet a été net. Dès les premières injections, les adénopathies ont diminué de volume et les téguments amincis et violacés ont repris leur aspect normal. La régression totale s'est faite en 1 à 2 mois, mais la guérison ne s'est maintenue que dans 4 cas. Dans les 5 autres observations, une nouvelle poussée ganglionnaire est survenue

1 à 2 mois après l'arrêt des injections d'hydrocortisone. Dans 2 cas, après reprise du même traitement, on a obtenu une guérison sans fistulisation. Dans 3 cas les injections n'ont pas été renouvelées et la fistulisation s'est produite.

D'autres auteurs (BERNARD, MATHE) s'accordent aussi à reconnaître les effets favorables des injections locales d'hydrocortisone. En utilisant des doses de 25 mg, 2 à 3 fois par semaine, BERNARD et MATHE ont obtenu 7 succès sur 8 cas. Ces injections d'hydrocortisone permettent donc dans certains cas de se passer de cures climatiques prolongées et de chirurgie (JEUNE, RAFFI).

On peut aussi employer concomitamment la corticothérapie par voie générale et locale.

IMBERT et CHEVALLIER se sont servis de pommade à la cortisone à 1 à 2 % pour traiter des scrofulodermes ulcérés et des fistules rebelles à tous les traitements. Sur 11 scrofulodermes ulcérés, IMBERT et CHEVALLIER ont obtenu de bons résultats à court délai. Par contre, dans 7 cas où il s'agissait de fistules ils obtinrent des résultats médiocres.

5°) - L'enzymothérapie est utilisée depuis 1950 au BELLEVUE HOSPITAL aux Etats-Unis par LINCOLN. Il s'agit d'une association de Streptokinase, Streptodornase, produite par plusieurs souches de streptocoques. La Streptokinase désintègre la fibrine, la Streptodornase désintègre les molécules d'acide désoxyribonucléique et les protéines désoxyribonucléiques qui sont les constituants principaux du pus et des tissus nécrotiques. Ces enzymes ne détruisent pas les noyaux des cellules vivantes.

De 1950 à 1957, 29 enfants âgés de 8 mois à 11 ans et

présentant des adénites cervicales tuberculeuses ont été traités au Bellevue Hospital avec des enzymes streptococciques. L'enfant est considéré comme prêt pour le traitement dès que le ganglion se liquéfie. Environ 24 heures avant l'incision l'enfant reçoit de la Streptomycine ou de l'Isoniazide pour couvrir l'opération et la période de traitement qui est de 3 semaines. On incise largement le ganglion et après évacuation du pus et du caséum on irrigue avec une solution d'enzymes au rythme de 2 fois par jour pendant les 2 ou 3 premiers jours, puis une fois par jour seulement. Chaque fois on se sert de 30 à 50 ml de solution contenant 400 unités de Streptokinase et 500 unités de Streptodornase par ml. Ce lavage enlève le tissu nécrotique, le pus et le caséum qui est liquéfié par les enzymes. Puis on met dans la cavité ganglionnaire des mèches imprégnées de solution d'enzymes. On fait cela deux fois par jour pendant les 2 ou 3 premiers jours, puis 1 fois par jour seulement.

Après quelques jours de traitement la plaie devient plus propre. En général après une ou deux semaines de traitement on voit apparaître à la base du ganglion un tissu de granulation. La cavité diminue peu à peu et après une période de 3 à 5 semaines, il ne reste plus qu'une petite cicatrice.

Les ganglions ramollis sans fistule ont guéri en moyenne au bout de 30 jours de traitement, les ganglions fistulisés ont nécessité en moyenne 45 jours de traitement. Pendant cette période 7 cas sur 29 ont dû être excisés : 3, car il n'y avait pas d'amélioration à l'enzymothérapie et 4 car il s'agissait de gros ganglions isolés et non ramollis, facilement extirpables.

En conclusion cette méthode n'est pas applicable à tous les cas. Elle est limitée aux ganglions complètement ramollis

avec une peau sus-jacente rouge et prête à se rompre. D'autre part les enzymes ont un effet strictement local. En fait, le gros avantage de l'enzymothérapie consiste dans la réduction du temps nécessaire pour traiter les fistules. Avant, une fistule pouvait suinter pendant des mois et même des années, et cette méthode de traitement a réduit la période de drainage à quelques semaines.

B.- TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie occupe une place prépondérante dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses.

Avant d'aborder l'exérèse chirurgicale des adénites, il convient de mettre à part l'amygdalectomie systématique préconisée par certains. Elle est basée sur le fait que dans la majorité des cas d'adénites cervicales tuberculeuses on trouve des foyers tuberculeux dans les amygdales. Il s'agit en fait d'une question controversée. WISSLER en Suisse estime que l'évolution est la même avec ou sans amygdalectomie. Toujours d'après WISSLER des statistiques faites en 1945 en Suisse, ont montré que parmi les malades amygdalectomisés, 50 % ont eu une rechute, tandis que chez les malades non opérés, la proportion de rechute n'a été que de 40 %. En 1953 de nouvelles recherches ont confirmé que le pourcentage des cas "dans lesquels plusieurs récidives de suppuration étaient survenues, n'était pas moindre dans le groupe amygdalectomisé, que dans l'autre."

Il peut évidemment exister des adénopathies tuberculeuses diminuant de volume après amygdalectomie, ce qui s'explique par la suppression de surinfections non spécifiques, mais l'évolution du processus tuberculeux lui-même n'est pas influencée.

Les auteurs allemands et français sont du même avis que WISSLER à ce sujet. Les auteurs anglais par contre estiment que lorsque les ganglions ne sont pas ramollis, il faut faire une ablation des amygdales, des végétations, des foyers dentaires et laisser les ganglions. Si par la suite il y a ramol-

lissement, alors seulement ils enlèvent les ganglions. Lorsqu'ils voient le cas pour la première fois au stade d'abcès, ils font de suite une ablation des ganglions (WILMOT, BROWN).

Abordons maintenant l'exérèse chirurgicale des ganglions atteints. Nous envisagerons d'abord les indications de la chirurgie, puis la technique, avec les risques de l'intervention, et enfin les résultats.

a) - Indications de l'opération

Jusqu'en 1949, BRÜGGER en Allemagne n'opérait que les adénites ramollies, abcédées ou fistulisées. Mais étant donné les nombreuses récidives dans les cas d'adénites soumises au seul traitement médical, BRÜGGER a élargi ses indications opératoires. Actuellement, il enlève toutes les adénites tuberculeuses dès qu'elles ont atteint la taille d'une cerise, à partir du moment où elles durent depuis 3 mois sans montrer aucune tendance à la régression, malgré le traitement médical. En effet, d'après BRÜGGER et SCHMID, de telles adénites contiennent du caséum qui se calcifie et par la suite elles peuvent de nouveau devenir actives. Ces auteurs ont ainsi opérés 2196 malades de 1950 à 1960.

Les auteurs français ne posent en général l'indication opératoire que s'il existe un ou plusieurs ganglions assez volumineux et à plus forte raison s'il y a tendance extensive avec caséification et fistulisation menaçante.

GIRET de Berck se montre très conservateur pour les enfants, il ne les opère que très rarement.

Quant aux adénites suppurées du B.C.G., MANDE et ROSSI s'accordent à déconseiller l'opération, car la guérison est

en général rapide et la cicatrice spontanée plus esthétique en ce cas que la cicatrice opératoire.

b) - Technique opératoire

En Angleterre WILMOT et JAMES parlent d'incision et de curetage ganglionnaire, ou d'excision dans les cas graves. D'autre part, MILLER a publié en 1956 une technique particulière : au moment de l'abcédation de l'adénite, il fait une incision et en exprime le pus. Cette expression est réalisée au moins une douzaine de fois jusqu'à ce qu'il ne sorte que du sang. Cette méthode n'étend paraît-il pas l'infection.

PELLERIN et MAZURE estiment qu'il faut "entendre par traitement chirurgical le curage ganglionnaire du cou, mené de façon systématique, emportant à la fois :

- la masse principale caséeuse, fluctuante ou abcédée et son envahissement cutané jusq'aux limites de la peau saine,
- les ganglions sous-jacents,
- les ganglions situés sur d'autres chaînes explorées systématiquement, l'expérience ayant montré que de petits ganglions d'aspect sain sont souvent histologiquement envahis."

Il s'agit d'une opération minutieuse et de longue durée (1 heure 1/2 à 3 heures).

La ligne d'incision cutanée est capitale. L'incision typique est une horizontale tracée dans les plis du cou. Quand l'atteinte ganglionnaire est étendue, WISSLER conseille deux incisions horizontales plutôt qu'une grande incision oblique. L'opération est délicate, car les ganglions peuvent être adérents à la veine jugulaire et aux nerfs.

En présence d'un scrofuloderme BRÜGGER excise les grandes

ulcérations et les grands lambeaux avec fonte cutanée et il mobilise ensuite la peau avoisinante pour fermer la plaie. WISSLER par contre, préfère la méthode conservatrice jusqu'à ce qu'une rétraction spontanée ait diminué les ulcères, l'opération avec extirpation de la fistule terminant le traitement. La majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la cure doit être précédée d'un traitement aux tuberculostatiques de 2 mois au minimum. Après l'opération, ce traitement doit être poursuivi pendant plusieurs mois.

Sur 54 cas opérés par OPPIKOFER on a observé 10 paralysies passagères du rameau commissural de la branche inférieure du nerf facial, dans 6 cas une paralysie persistante du nerf spinal, dans 2 cas une paralysie passagère du nerf hypoglosse. Dans quelques cas il a fallu faire une résection de la veine jugulaire. Cela paraît très important par comparaison avec les autres publications. Sur 1600 cas opérés par BRÜGGER on note 4 paralysies du nerf spinal. Dans 1 cas il y eut une hémorragie mortelle 15 jours après l'opération. WISSLER, sur 221 cas opérés, ne note aucune lésion nerveuse.

c) Les résultats du traitement chirurgical

BRÜGGER en Allemagne étudiant le devenir de 300 cas revus 5 ans au moins après l'opération, estime les récidives à 4,7 %. Ceci s'accorde avec les statistiques de WISSLER en Suisse : 5,4 % de récidives sur 167 cas contrôlés après 3 ans. Pour les 949 malades de BECK opérés de 1949 à 1957, ce taux tombe à 2,9 %.

SCHMID sur 100 cas opérés de 1957 à 1960 ne compte que 2 récidives.

Tous ces auteurs considèrent que les récidives sont dues à des interventions incomplètes.

Quant au résultat esthétique il est étroitement lié à la précocité de l'intervention. Sur 221 opérations rapportées par WISSLER, on note 76 % de cicatrices linéaires, 14 % de cicatrices déformées et 10 % de chéloïdes.

PELLERIN et MAZURE, sur 100 curages ganglionnaires, relèvent :

- 7 mauvais résultats : cicatrices laides, chéloïdiennes. Dans ces cas la peau était envahie par le processus tuberculeux.
- 7 résultats médiocres : cicatrices linéaires mais saillantes ou chéloïdiennes. Dans 5 cas on notait un envahissement cutané important.
- 26 assez bons résultats : cicatrices planes, blanches, souples. Dans 18 cas cependant il y avait un envahissement cutané important.
- 46 très bons résultats : cicatrices linéaires, presque invisibles.

Ces auteurs font un usage systématique de pommade à l'hydrocortisone pour éviter les chéloïdes.

PELLERIN et MAZURE concluent en disant que l'intervention devrait être souvent décidée plus précocément. En effet, quand la peau n'est pas envahie, on a beaucoup plus de chances d'obtenir une cicatrice correcte.

L'avantage principal de la chirurgie consiste dans le raccourcissement de la durée d'évolution de la maladie permettant de rendre l'enfant à la vie familiale et scolaire dans un délai de quelques mois au maximum.

Bref, la chirurgie s'avère actuellement comme la méthode de choix pour le traitement des adénites cervicales tuberculeuses. C'est en effet la seule méthode qui répond aux trois impératifs fixés au début de ce chapitre.

- Chapitre III -

NOS RESULTATS

Nous rapportons ici 50 observations d'adénites cervicales tuberculeuses traitées à la Clinique Infantile de Strasbourg de novembre 1948 à juillet 1962. Notre ligne de conduite thérapeutique a subi les mêmes fluctuations que celles que traduisent les publications sur ce sujet durant ces quinze dernières années. Ces fluctuations sont dominées par les espoirs suscités tout d'abord par les médications tuberculostatiques puis un peu plus tard par les drogues anti-inflammatoires utilisées par voie générale ou in situ.

L'âge de nos enfants s'échelonne de 13 mois à 14 ans, mais plus de la moitié ont entre 3 et 6 ans. Le volume des adénites varie entre la taille d'une cerise et celle d'un oeuf de poule. Le diagnostic de tuberculose a été confirmé soit par la mise en évidence de bacilles de Koch dans le pus, soit par la concomitance du virage des réactions tuberculiniques ou alors par les examens histologiques dans les cas où l'intervention a été pratiquée.

Nous envisagerons d'abord les modalités du traitement puis les résultats.

A.- MODALITES DU TRAITEMENT

Le traitement médical a été employé soit isolément, soit associé au traitement chirurgical. L'indication opératoire a été posée d'emblée ou à la suite d'un échec du traitement médical.

1°) - Les tuberculostatiques

a) - voie générale

- De 1948 à 1955 on utilisait la Streptomycine seule à la dose de 15 mg par kilo de poids et par jour, en injection intra-musculaire. 6 cas ont été traités ainsi pendant un durée de 2 à 3 mois (Obs. 1, 2, 4, 5, 6, 7). Au bout de ce délai, le traitement fut poursuivi en établisssement de cure hélio-marine ou à domicile, selon les cas.

- Par la suite on eut recours à l'association de 2 ou 3 tuberculostatiques : habituellement Isoniazide et P.A.S.

. L'Isoniazide a été utilisée par os à raison de 5 à 15 mg par kilo de poids et par jour.

. Le P.A.S. a été utilisé par voie buccale ou sous-cutanée à des doses variant de 25 à 10 g par jour.

. Les tuberculostatiques usuels : Streptomycine, P.A.S., Isoniazide, ont été utilisés en même temps dans 3 cas pour lesquels l'indication opératoire a été posée par la suite.

. Le Trecator a été utilisé à la dose de 15 à 20 mg par kilo de poids et par jour sous forme de suppositoire dosé à 250 mg. Il a été employé dans 17 cas d'adénites cervicales tuberculeuses

et a toujours été associé à l'Isoniazide.

b) voie locale

Le traitement par voie générale était complété par des injections locales de 25 mg d'Isoniazide ou de 150mg de Trecator dès qu'il existait des signes de fluctuation. Ces injections étaient pratiquées au rythme d'une à deux par semaine.

2°) - Les substances corticoïdes

Les drogues anti-inflammatoires ont toujours été utilisées en association avec la médication tuberculostatique. 17 cas ont été traités par les substances corticoïdes. Dans 1 cas (obs. N°33) la voie générale seule a été utilisée. Dans 4 cas (obs. 17, 18, 20, 21) les voies générales et locales ont été associées et dans 12 cas on n'a utilisé que la voie locale.

Sur ces 17 cas, 4 ont été soumis à l'intervention chirurgicale.

Le nombre des injections locales a varié de 1 à 21. Il s'agit d'injections de 25 mg d'Hydrocortisone associé ou non à de l'Isoniazide.

3°) - L'exérèse chirurgicale

Elle a toujours été entreprise sous couverture d'un traitement médical pour éviter les dissémination hématogènes.
Le traitement tuberculostatique pré-opératoire a été de 2 mois au minimum. Le traitement post-opératoire a varié de 1 à 18 mois, de telle sorte que la durée totale habituelle du traitement médicamenteux atteigne 12 à 18 mois.

La technique chirurgicale n'a pas été la même dans tous les cas car il y eut différents opérateurs.

Dans 20 cas, l'exérèse chirurgicale a été large : elle a consisté en une ablation de tous les ganglions macroscopiquement atteints sans aller jusqu'au curage ganglionnaire total. Un drain de polythène branché sur une bouteille de Redon était mis en place. Par ce drain on injectait des tuberculostatiques les premiers jours.

Dans 5 cas, il s'agissait d'interventions limitées : incision simple, ablation d'une partie de l'amas ganglionnaire (Interventions pratiquées avant l'admission à la Clinique Infantile).

B.- RESULTATS

Avant la présentation du bilan de nos résultats, nous devons procéder à la définition de quelques termes.

Comme résultat favorable à un traitement médical, nous entendons les cas qui ont évolué vers la guérison pendant les 3 à 4 premiers mois.

Comme résultat défavorable à un traitement médical, nous considérons les fistulisations, les récidives et les cas où le traitement médical s'est avéré sans effet au bout d'un délai de 3 mois.

Il n'est pas possible d'établir de comparaison stricte entre les résultats des traitements médicaux et les résultats

des traitements chirurgicaux. En effet, toutes nos adénites ont été préalablement soumises à un traitement médical tuberculostatique, comme nous l'avons déjà dit plus haut.

Par résultat favorable à un traitement chirurgical, nous entendons les cas avec bon résultat esthétique et absence de récidives.

TRAITEMENTS MEDICAUX (25 cas)

RESULTATS FAVORABLES		12 cas
RESULTATS DEFAVORABLES	fistulisation	8 cas
	sans effet	3 cas
	récidives	2 cas
	Total :	13 cas

TRAITEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (25 cas)

RESULTATS FAVORABLES		18 cas
RESULTATS DEFAVORABLES	fistulisation	3 cas
	cicatrices disgracieuses	2 cas
	récidives	2 cas
	Total :	7 cas

1°) - Traitement médical

a) - Tuberculostatiques

- 6 cas ont été traités par la Streptomycine seule. Nous comptons 4 résultats favorables dans les 3 mois (Obs. 1, 4, 5, 6). Dans 1 cas (obs. 7) la fistulisation s'est produite au service, puis la fistule s'est cicatrisée au bout de 6 mois.

- 8 cas ont été traités par l'association P.A.S. - I.N.H. (obs. N° 9, 10, 13, 14, 15, 19, 22, 26). 3 de ces cas ont reçu des injections locales. Il s'agissait deux fois d'injections d'I.N.H. seul (obs. N° 9 et 26) et 1 fois d'I.N.H. associé aux corticoïdes (obs. 19).

. 3 cas ont été soumis à l'intervention devant l'insuffisance des résultats du traitement médical, (obs. N° 14, 15, 22).

.. 2 cas ont fistulisé (obs. N° 13 et 26).

. Dans 3 cas seulement le résultat a été favorable.

En conclusion, quelles que soient les modalités thérapeutiques, les résultats ne présentent pas de différences significatives.

b) - Les substances corticoïdes

Nous avons observé plusieurs modalités particulières de réactions aux corticoïdes. Sur 17 cas, nous avons assisté à une régression rapide dans près de la moitié des cas. (Obs. N°17, 18,

19, 21, 22, 24, 27, 32). Mais ces résultats favorables ne se sont pas toujours maintenus par la suite. Ainsi dans 2 cas nous avons observé des phénomènes de rebond (GERBEAUX). Dans le cas 32 les adénites cervicales avaient pratiquement disparu, mais une récidive est survenue 1 mois après l'arrêt des corticoïdes. La poussée a d'ailleurs régressé à la suite d'une reprise du traitement.

Le même phénomène s'est produit dans le cas 22. L'évolution immédiate était bonne, mais 15 jours après l'arrêt des injections locales, les adénites ont grossi, se sont ramollies et l'enfant a été soumis à l'intervention.

Sous la rubrique échecs, nous notons 9 cas :
(Obs. N° 20, 26, 29, 30, 33, 35, 37, 42, 48). Il s'agit de cas d'inefficacité complète du traitement.

3 cas (Obs. N° 35, 37, 42) ont été soumis à l'intervention à la suite de l'échec du traitement médical.

2°) - Traitement chirurgical

Les résultats du traitement chirurgical seront envisagés en fonction de deux critères :

- la stabilité de la guérison
- la qualité esthétique de la cicatrice.

a) la stabilité de la guérison

Dans 20 cas une intervention chirurgicale large a été pratiquée. Les résultats ont été favorables sauf dans le cas 39, où une fistulisation s'est produite. Cette fistule s'est cicatrisée au cours d'une cure hélio-marine.

Dans 5 cas (obs. N° 3, 12, 18, 22, 25) il s'agissait d'interventions limitées. La guérison stable n'a été obtenue que dans un seul cas. Dans l'observation 12 il y eut récidive 2 mois plus tard et dans l'observation 25, 3 mois plus tard. Dans les cas 3 et 18, la fistulisation s'est produite.

b) - qualité esthétique de la cicatrice :

Le résultat esthétique a été satisfaisant, sauf dans 2 cas (obs. N° 15 et 43) Cas 43 : dans les jours qui ont suivi l'intervention, on a assisté à l'apparition d'une infiltration ligneuse de toute la région latéro-cervicale du côté opéré et une tendance à la transformation chéloïdienne de la cicatrice. Un traitement radiothérapique a été mis en oeuvre pendant 15 jours, au rythme de 3 séances par semaine, ce qui a entraîné une amélioration de l'état local.

C.- DISCUSSION DES RESULTATS

L'interprétation de ces chiffres se heurte à un certain nombre de difficultés.

En effet, nous distinguons différentes catégories de modalités thérapeutiques et aucune d'entre elles n'est d'une importance suffisante pour permettre d'établir des pourcentages valables. Il est néanmoins possible d'en retirer une première conclusion évidente, que l'on retrouve d'ailleurs chez la plupart des autres auteurs : le traitement médical seul, qu'il comporte un, deux ou trois tuberculostatiques, ne permet d'éviter ni les fistulisations, ni les récidives, ni de raccourcir l'évolution chronique des adénites, et ceci dans plus de la moitié des cas : 13 sur 25.

Sans comparer ces résultats à un groupe témoin qui eut été laissé sans traitement, il semble à priori que ces résultats ne soient guère modifiés par rapport à ceux que l'on obtenait avant l'ère des tuberculostatiques. En effet, comme le dit WISSLER, il semble que les masses caséeuses soient inaccessibles à tous les médicaments quel qu'en soit le mode d'introduction. WISSLER rapporte 11 cas d'adénites cervicales tuberculeuses traités d'abord par l'Isoniazide pendant une moyenne de 44 jours puis opérés. L'examen bactériologique des ganglions a mis en évidence dans 8 cas sur 11, des B.K. encore vivants et virulents. L'examen histologique a montré l'image habituelle des adénites tuberculeuses non traitées, sans aucun signe de guérison accélérée.

En 1953 CANETTI, sur des pièces de pneumectomies effectuées chez des tuberculeux, a fait des dosages comparés de Streptomycine dans le parenchyme pulmonaire non lésé d'une part, et au sein même des lésions caséeuses d'autre part. Il démontra ainsi que la Streptomycine pénètre fort bien dans la nécrose caséeuse, qu'elle soit solide ou liquide. Les dosages ont porté sur les éléments suivants :

- 31 fragments de parenchyme pulmonaire non lésé,
- 48 lésions caséeuses solides encapsulées
- 19 cavernes
- 6 scléroses
- 5 ganglions médiastinaux.

Les concentrations de Streptomycine ainsi notées après l'administration des doses thérapeutiques habituelles, sont très supérieures à celles nécessaires à la bactériostase d'une souche normalement sensible. Cependant les concentrations intra-caséeuses sont plus faibles que celles qui existent dans le poumon sain. Le problème se pose dès lors de savoir si la teneur moindre des

lésions nécrotiques en Streptomycine est un phénomène durable, - qui pourrait être dû, soit aux conditions circulatoires particulières existant dans ces lésions, soit à une inactivation partielle de la Streptomycine par des substances antagonistes intra-lésionnelles, - ou s'il s'agit d'un simple retard de diffusion de la Streptomycine. Afin d'élucider ce problème, CANETTI a dosé en 1956 chez 38 sujets les taux de Streptomycine présents dans le parenchyme pulmonaire non lésé et dans les lésions nécrotiques tuberculeuses 3 heures après injection intra-musculaire de 1 g de Streptomycine, et il les a comparé à ceux trouvés précédemment dans les lésions prélevées une heure après injection de l'antibiotique. Les résultats ont montré de manière formelle qu'il y a simplement retard de la pénétration de l'antibiotique dans les lésions nécrotiques.

D'autre part, on pourrait se demander si l'échec du traitement médical est dû à une résistance des germes aux tuberculostatiques. En effet la recherche systématique des bacilles de Koch chez 1487 enfants admis depuis 1950 pour tuberculose sous toutes ses formes à la Clinique Infantile de Strasbourg a permis d'isoler 275 souches avant tout traitement. Sur les 275 souches isolées on a trouvé : 244 souches à sensibilité normale et 31 souches à sensibilité nettement diminuée. (BURGHARD et PATE). Parmi ces 31 souches résistantes d'emblée on a relevé :

- 18 souches résistantes au P.A.S. seul,
- 10 souches résistantes à la Streptomycine seule,
- 1 souche résistante à la fois au P.A.S. et à la Streptomycine,
- 2 souches résistantes à la fois au P.A.S., à la Streptomycine et à l'Isoniazide.

En conclusion nous ne trouvons donc que 11% de souches

bacillaires résistantes aux tuberculostatiques. Par contre, sur le plan clinique, plus de 50 % des enfants traités pour adénites cervicales tuberculeuses par ces mêmes tuberculostatiques, ne réagissent pas au traitement.

Il ne semble donc pas exister de parallélisme entre le pourcentage de souches résistantes et celui des adénites réfractaires au traitement.

Selon CANETTI, on ne peut en effet incriminer le rôle de la résistance des bacilles aux tuberculostatiques : d'après cet auteur, pour qu'une résistance de germes aux tuberculostatiques se produise, trois conditions doivent se trouver réunies :

- une population bacillaire abondante lors du début du traitement,
- des concentrations de drogues suffisantes arrivant au contact des bacilles,
- la persistance dans la lésion de moyens favorables à la multiplication des bacilles.

Or ces facteurs n'existent pas dans les tuberculoses extra-pulmonaires telles que les adénites cervicales tuberculeuses.

Une mention spéciale doit cependant être faite sur l'effet des substances corticoïdes, qu'elles soient employées par voie générale ou par voie locale. Elles entraînent une régression parfois spectaculaire des adénites cervicales tuberculeuses. Mais cependant, à l'arrêt du traitement, on note souvent des phénomènes de rebond, comme nous l'avons déjà signalé.

Vu le nombre des échecs observés après traitement médical isolé, c'est à la chirurgie que revient la place de choix dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses, à condition que soient respectés un certain nombre de principes :

- traitement médical tuberculostatique encadrant l'intervention

  Il peut se justifier à deux points de vue :

  . tout d'abord pour éviter une dissémination hématogène des bacilles de Koch.

  . d'autre part pour BECK le traitement antituberculeux post-opératoire aurait l'avantage d'agir sur les ganglions tuberculeux que le chirurgien a omis d'extirper et qui seront forcément de petits ganglions, apparemment sains, situés à distance du foyer principal. Les lésions tuberculeuses de tels ganglions, chronologiquement les derniers lésés, peuvent ne pas avoir atteint la phase de nécrose caséeuse et en être restées à la phase productive (tubercules à cellules épithélioïdes et à cellules géantes sans nécrose), c'est-à-dire représenter un bien meilleur point d'attaque pour les antituberculeux. SCHMID, élève de BRÜGGER, note que le taux de récidive qui était de 18 % avant les tuberculostatiques est tombé maintenant à 5,4 %.

- intervention assez précoce avant l'envahissement cutané, permettant d'obtenir un bon résultat esthétique.

- exérèse complète des ganglions atteints sans aller jusqu'au curage ganglionnaire total du cou. L'intervention devra donc extirper le foyer ganglionnaire principal atteint et le plus grand nombre de ganglions voisins accessibles,

même apparemment sains, en s'efforçant par ailleurs de respecter au maximum les éléments vasculo-nerveux. Il convient donc d'insister sur le fait qu'il s'agit d'une intervention difficile en une région anatomique complexe, dont la durée peut atteindre souvent deux heures.

La décision opératoire doit être prise chaque fois que la nature tuberculeuse de l'affection n'est pas prouvée. L'examen histologique fournit alors la clef du diagnostic. Ainsi nous avons eu le cas d'un enfant de 10 ans présentant des adénites cervicales gauches dont la ponction n'a pas ramené de produits susceptibles d'être examinés histologiquement ou bactériologiquement. Après un traitement tuberculostatique d'un mois, l'enfant a été soumis à l'intervention. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire lymphoblastique typique. L'intervention a été suivie d'une irradiation par télécobaltothérapie à raison d'une dose totale de 3500 roentgens en 4 semaines.

Le traitement chirurgical présente en outre sur le traitement médical les avantages suivants :

- Il raccourcit considérablement la durée d'évolution de la maladie et permet une reprise précoce de l'activité scolaire.
- La cicatrice obtenue est dans l'ensemble meilleure que celle survenant après fistulisation spontanée. Le résultat esthétique est étroitement lié à l'état des téguments, donc à la précocité de l'intervention. Sur 25 opérations nous ne notons que 2 cicatrices inesthétiques.

On donne donc la préférence à la chirurgie, chaque fois

qu'un traitement médical d'un à deux mois n'a pas amené une régression notable du volume des adénites. L'opération précoce sous couverture de tuberculostatiques nous paraît donc à l'heure actuelle le meilleur traitement des adénites cervicales tuberculeuses.

- Chapitre IV -

OBSERVATIONS

I.- TRAITEMENTS MEDICAUX

Obs. N°1 : S... Robert, 13 mois, admis le 18.11.1948, N°2723

Enfant de 13 mois présentant depuis quelques jours une adénopathie rétro-auriculaire gauche, de consistance dure, du volume d'un oeuf de poule. A l'admission, l'enfant a 38°5 de température. Son état général est mauvais, la cuti-réaction est positive, la radiographie du thorax montre une infiltration des deux hiles et des régions sus- et sous-hilaires droites.

Traitement : Pénicilline : 200.000 unités/jour pendant 10 jours puis Streptomycine : 150 mg/jour pendant 66 jours.

Résultat : La tuméfaction diminue progressivement et la radiographie des poumons s'améliore notablement. L'enfant rentre à la maison.

o
o o

Obs. N°2 : B...Alexandre, 4 ans, admis le 9.3.49 ,N°642.

Depuis 7 semaines l'enfant présente une tuméfaction ganglionnaire de la région cervicale gauche. Le début a été aigu:

température à 40°. Traitement par sulfamides, mais la tuméfaction a augmenté progressivement de volume.

A l'examen on note une adénite sous-angulo-maxillaire gauche, de consistance dure, de la taille d'une prune, recouverte de peau légèrement rouge.

L'examen direct et la culture du pus de l'adénite n'ont pas mis en évidence de B.K.

La cuti-réaction est fortement positive.

Traitement : Streptomycine : 250 mg/jour pendant 63 jours
4 ponctions suivies d'injections locales de Streptomycine.

Evolution : Au cours de ce traitement l'adénite augmente de volume, se ramollit, la peau sus-jacente devient rouge violacée, puis la fistulisation se produit. Départ en cure.

o
o o

Obs. N° 4 : K... M. Thérèse, 2 ans, admise le 11.VIII 1950 N°322

Après une rougeole survenue en mai 1949, l'enfant a présenté une adénite cervicale droite qui a fistulisé.

Percuti-réaction positive en décembre 1949.

L'examen direct du pus, la culture et l'inoculation au cobaye ne mettent pas de B.K. en évidence.

Traitement : Pénicilline : 200.000 Unités par jour pendant 55 jours, 2 ponctions suivies d'injections locales de Pénicilline.

La fistule s'est bien cicatrisée et l'enfant est rentrée à la maison.

o
o o

Obs. N°5, Y... Lucien, 3 ans, admis le 12.X.1951 N° 2749

Depuis un an, l'enfant présente des adénites cervicales tuberculeuses bilatérales. Depuis un mois on constate un petit épanchement pleural droit. La température de l'enfant oscille entre 37 et 38 degrés.

Le virage de la cuti-réaction a eu lieu en mars 1950. Comme notion de contage on note une soeur morte de méningite tuberculeuse en 1950.

A l'examen on constate à gauche un gros ganglion sous-maxillaire de la taille d'une noix, et à droite une chaîne de ganglions plus petits.

La recherche de B.K. à l'examen direct et à la culture a été négative.

Traitement :

Dihydrostreptomycine : 250 mg tous les deux jours pendant 30 jours.

2 ponctions et injections locales de Streptomycine,

quelques séances de rayons Ultra-Violet,

applications locales de compresses d'huile de foie de morue.

Résultat : Les adénites ont considérablement régressé, l'enfant doit rester sous traitement à la Streptomycine pendant 4 mois. Départ en préventorium.

o
o o

Obs. N°6 : K... Françoise, 11 ans, admise le 3.V.1952.

En août 1951, l'enfant a présenté une rougeole. Une radioscopie des poumons faite un peu plus tard a montré une opacité dense, arrondie, du sommet droit, ce qui a motivé son

admission en préventorium. Là, en novembre 1951, apparition d'une adénite cervicale droite de la taille d'une mandarine. En avril 1952 cette adénite a fistulisé.

A l'admission en mai 1952, on note au niveau de la région cervicale droite deux adénites fistulisées, l'une sous-auriculaire, l'autre sous-maxillaire, et au niveau du creux sus-claviculaire, on découvre une adénite non ulcérée de la taille d'une noix.

La recherche de B.K. à l'examen direct, à la culture et à l'inoculation au cobaye a été négative.

Traitement :

- Dihydrostreptomycine : 0,5 g par jour pendant 95 jours
- Calcium et Stérogyl per os
- quelques séances de rayons Ultra-Violet.

Durant ce traitement les adénites ont diminué de volume et les fistules se sont cicatrisées.

o
o o

Obs. N°7 : G... Richard, 2 ans, admis le 26.V.1952, N°1411.

En avril 1952 apparition d'une adénite sous-maxillaire gauche de la taille d'une noix. Le virage de la cuti-réaction a eu lieu dans les six derniers mois.

A l'admission, la peau recouvrant l'adénite est tendue et violacée. La tuméfaction est fluctuante.

La recherche de B.K. a été négative à l'examen direct et à la culture, mais positive à l'inoculation au cobaye.

Traitement : Pénicilline :200.000 U.par jour pendant 11 jours.

Streptomycine : 15 mg/kg de poids et par jour pendant 100 jours.

4 ponctions suivies d'injections de Pénicilline: 50.000U.
Streptomycine: 150 mg.

Pendant le traitement, la fistulisation s'est produite, puis la fistule s'est cicatrisée au bout de 6 mois pendant une cure au Lac Blanc.

o
o o

Obs. N° 8 : S...Andrée, 12 ans, admise le 4.8.1952 N° 2143.

Depuis un mois l'enfant présente une adénite sous-maxillaire droite. A l'admission la tuméfaction est fluctuante.

L'examen direct du pus de l'adénite montre la présence de B.K.
Traitement : Pénicilline : 500.000 U./jour pendant 11 jours
P.A.S. : 8 g/jour " 25 jours
10 séances de rayons Ultra-Violet.

Pendant le traitement la fistulisation s'est produite. L'enfant a été envoyée en cure.

o
o o

Obs. N° 9 : F... Solange , 3 ans, admise le 29.VI.1954,N°2112

Un mois après une rougeole, survenue début mai 1954, l'enfant a présenté une adénite sous-maxillaire droite. A l'admission on constate une adénopathie sous-maxillaire droite, de la taille d'une prune, de consistance dure, légèrement adhérente à la peau.

Le diagnostic de tuberculose a été confirmé par la présence de B.K. à l'examen direct du pus, la culture par contre s'est avérée négative.

Traitement : P.A.S.)
I.N.H. 150 mg) 60 jours
vitaminothérapie)

Pendant le traitement l'adénite s'est ramollie très rapidement. A ce moment 5 ponctions suivies d'injections de Rimifon ont été faites. Au bout de 2 mois, vu la régression nette du volume de l'adénite, l'enfant est rentrée à la maison.

o
o o

Obs. N° 10 : A... Daniel, 4 ans, admis le 13.VII.54, N°2247

Il s'agit d'un enfant en mauvais état général admis pour adénopathie cervicale droite.

Comme notion de contage on note que sa mère a fait plusieurs cures sanatoriales.

L'enfant a eu le B.C.G. à la naissance.

La radiographie des poumons montre une accentuation de la trame bronchique des deux côtés.

Traitement : P.A.S. : 5 g/jour)
I.N.H. : 200 mg/jour) 60 jours
vitaminothérapie)

Sous l'effet de ce traitement, l'adénite a beaucoup régressé. L'enfant a été envoyé en préventorium à Riesbach où son état a continué à s'améliorer.

o
o o

Obs. N° 13 : SCH...M.-Louise, 6 ans, admise le 29.VIII.1955 N° 3015.

Il s'agit d'une petite fille admise pour une assez volumineuse adénite cervicale gauche évoluant depuis deux mois.

Le virage de la cuti-réaction remonte à un an.

L'examen direct du pus de l'adénite ne met pas de B.K. en évidence.

Traitement : P.A.S. : 6 g
I.N.H. : 200 mg } 125 jours
vitaminothérapie

Biopsie en octobre 1955. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un granulome tuberculeux. Fistulisation.

Puis l'enfant a été envoyée en cure hélio-marine à Berck. La fistule s'est bien cicatrisée. Départ de Berck en juillet 1956. Etat satisfaisant.

o
o o

Obs. N° 16 : K... Joseph, 2 ans 7 mois, admis le 14.XII.1956 N° 3942.

En avril 1956, apparition d'une adénite sous-angulo-maxillaire gauche qui s'est fistulisée par la suite.

A l'admission la cuti-réaction est positive.

L'examen direct du pus ne montre pas de B.K.

Traitement : P.A.S. : 3 g
vitaminothérapie } 54 jours

La cicatrisation s'est bien faite. Départ à la campagne.

o
o o

Obs. N° 17 : D... Isabelle, 2 ans, admise le 9.IX.57, N°3551.

En août 1957, apparition d'une adénopathie sous-maxillaire gauche traitée par la Pénicilline, pas de régression.

L'examen direct du pus met en évidence de très nombreux bacilles de Koch de type bovin.

Traitement : P.A.S. 3 g/jour } 98 jours
I.N.H. 100 mg/jour)
Cortancyl 15 mg/jour pendant 10 jours
puis 10 mg/jour pendant 6 jours
5 mg/jour pendant 44 jours.

Injections 2 fois par semaine de 25 mg d'hydrocortisone après ponctions. L'adénite régresse considérablement et redevient mobile sur les plans sous-jacents. Départ en cure à Roscoff.

o
o o

Obs. N° 19 : H... Bernard, 9 ans, admis le 5.V.1958, N°1679.

En avril 1958, l'enfant a présenté quelques petites adénites jugulaires droites qui ont régressé spontanément.

A l'admission on constate une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite, chaude, peu mobile, de la taille d'une noix.

L'examen du pus ne montre pas de B.K.

Traitement : P.A.S. : 9 g } 20 jours
I.N.H. : 300 mg)

Devant le bon résultat obtenu, l'enfant rentre à la maison et poursuit le traitement à l'Isoniazide.

o
o o

Obs. N° 20 : P... Christine, 9 ans, admise le 3.V.1958, N°1662.

En janvier 1958 apparition de petites adénopathies cervicales, de lésions gingivales et d'un érythème noueux.

Le virage de la cuti-réaction a eu lieu entre avril 1957 et février 1958.

L'enfant a été traitée à domicile par Pasiniazide , Streptomycine et Hydrocortancyl.

A l'admission, adénites cervicales bilatérales dont une à gauche volumineuse et sur le point de fistuliser.

La découverte de B.K. à l'examen direct du pus confirme le diagnostic de tuberculose.

Traitement : P.A.S. : 9 g) sous-cutané) 5 mois
I.N.H. : 250 mg)
I.N.H. : 250 mg per os)
Cortancyl : 25 mg/jour pendant 5 jours
20 mg/jour pendant 9 jours
15 mg/jour pendant 11 jours
10 mg/jour pendant 7 jours
5 mg/jour pendant 21 jours
21 injections locales d' I.N.H. : 100 mg
Hydrocortisone : 25 mg
quelques séances de rayons Ultra-Violet

Résultat : Echec
à gauche : augmentation de volume de l'adénopathie et fistulisation
à droite : augmentation de volume.

Départ au préventorium "Les Embruns" (Basses-Pyrénées) où elle est restée du 5 octobre 1958 au 3 mai 1960.

L'enfant a été traitée par Streptomycine, I.N.H.et injections locales d'hydrocortisone. La fistulisatiin s'est produite en décembre 1958 et la suppuration a duré jusqu'en août 1959. Les ganglions se sont ensuite résorbés progressivement.

o
o o

Obs. N° 21 : U... Paul, 8 ans, admis le 9.V.1958, N°1736.

Depuis 1955, l'enfant présente chaque année des adénites cervicales.

A l'admission le 9.V.1958 on note des adénites cervicales bilatérales. A la base du cou, dans la région latéro-sterno-cléido-mastoïdienne gauche, on constate une fistule largement ouverte.

L'examen direct du pus n'a pas mis en évidence de B.K.

La radio du thorax montre une opacité paracardiaque gauche.

Traitement : P.A.S. : 6,30 g
I.N.H. : 200 mg
} 85 jours

Cortancyl : 20 mg par jour pendant 10 jours
puis 10 mg par jour pendant 10 jours
puis 5 mg par jour pendant 12 jours

1 injection locale d'I.N.H. : 25 mg

Résultat : bonne évolution, départ en cure au préventorium de Marbach.

o
o o

Obs. N° 24 : S... Bernard, 5 ans, admis le 17.IX.1959, N°3389

En avril 1959, apparition d'une adénite cervicale droite. A l'admission en septembre 1959 on note une adénite de la taille d'une noix. La cuti-réaction est positive.

Le diagnostic de tuberculose est confirmé par la mise en évidence de B.K. dans le liquide de ponction.

Traitement : I.N.H. : 250 mg/jour pendant 22 jours
4 injections locales d' I.N.H. et d'hydrocortisone à la dose de 25 mg.

Nette amélioration, le traitement tuberculostatique doit être poursuivi à domicile pendant 8 à 10 mois.

o
o o

Obs. N° 26 : K... Béatrice, 10 ans, admise le 20.XI.59,N°4174.

Enfant sourde et muette ayant présenté fin octobre 1959 une adénite sous-maxillaire gauche. Cette adénite s'est ramollie, la peau sus-jacente est devenue rouge et la fistulisation s'est produite.

Traitement : Rimifon. P.A.S.
Le virage de la cuti-réaction a eu lieu en 1958.

A l'admission le 20.XI.1959, on note sous le maxillaire inférieur gauche une fistule suintante et largement ouverte.

Traitement : I.N.H. : 400 mg/jour pendant 168 jours
10 injections locales de Rimifon : 25 mg
Hydrocortisone : 25 mg

- pansements à l'huile de foie de morue
- applications locales de Trecator
- quelques séances de rayons Ultra-Violet.

La fistule ne montre que peu de tendance à la cicatrisation.

Poursuite du traitement à domicile.

o
o o

Obs. N° 27 : S... Gérard, 4 ans, admis le 28.XII.59, N° 4657

Depuis 4 semaines, l'enfant présente une adénite traitée par la Terramycine.

A l'admission on note à gauche une adénite pré-auriculaire, fluctuante, de la taille d'une noix et quelques petites adénites sous-maxillaires.

La cuti-réaction est très fortement positive.

Le diagnostic de tuberculose est confirmé par la présence de B.K. à l'examen direct.

Traitement : I.N.H. : 200 mg/jour pendant 30 jours
4 ponctions suivies d'injections locales d'I.N.H. et d'hydrocortisone.

Résultat : Bonne amélioration, poursuite du traitement à domicile.

o
o o

Obs. N° 28 : H... Brigitte, 7 ans, admise le 12.I.1960, N° 186

Depuis un mois, l'enfant présente une adénite sous-maxillaire droite. A l'admission l'adénite est fistulisée.

Le virage de la cuti-réaction a eu lieu en 1959 .

La radio du thorax montre un élargissement de l'ombre médiastinale.

L'examen direct du pus montre la présence de B.K.

Traitement : I.N.H. : 175 mg)
Trecator : 250 mg) 108 jours
injections locales de Trecator à 0,15 g
applications locales de Trecator.

La fistule s'est asséchée, mais la cicatrice est un peu rétractile.

o
o o

Obs. N° 29 : S... Sonia , 5 ans, admise le 4.IV.1960, N°1368

Depuis mars 1960, l'enfant présente une adénite cervicale gauche, dont le volume augmente progressivement. A l'admission l'adénite est fluctuante.

La cuti-réaction est positive, mais on ne peut préciser le moment du virage.

L'examen direct du pus montre la présence de B.K.

Traitement : Trecator : 300 mg
I.N.H. : 150 mg
4 mois
Injections locales de Trecator
Hydrocortisone
25 mg

L'adénite s'est fistulisée pendant ce traitement.

Départ en cure hélio-marine à Cannes. L'adénite s'améliore régulièrement, mais en juin 1961, malgré le traitement par Streptomycine et Rimifon, apparition d'un gros ganglion cervical gauche voisin du précédent. En septembre 1961 cette nouvelle adénite se fistulise. En janvier 1962 on découvre en arrière de la fistule, un ganglion gros comme une noix, dur, mobile, non enflammé.

En mars 1962 l'adénite diminue de volume, mais la fistule suinte toujours.

En juin, l'adénite n'est pas encore résorbée.

Sortie le 3.7.1962 contre avis médical.

o
o o

Obs. N° 30 : G... Patrick, 6 ans, admis le 17.II.1960,N° 749

Depuis un an, l'enfant présente une adénite sous-maxillaire traitée depuis 1 mois et demi par I.N.H., Cortancyl, Streptomycine.

La première cuti-réaction faite il y a 2 mois était positive .

A l'admission, on note une adénite sous-maxillaire gauche de la taille d'une noix, légèrement fluctuante, la peau sus-jacente est saine.

Le diagnostic de tuberculose est confirmé par la présence de B.K. à l'examen direct du pus d'adénite.

Traitement : I.N.H. : 200 mg/jour
Trecator : 375 mg/jour } 70 jours
6 ponctions suivies d'injections locales d'I.N.H. et d'Hydrocortisone : 25 mg.

Ce traitement est resté sans effet. On continue le traitement local et général à domicile.

o
o o

Obs. N° 32 : M... Lucien, 9 ans, admis le 21.IV.60, N° 1568.

Depuis décembre 1959, l'enfant présente des adénites cervicales bilatérales. A été traité par Pénicilline, Streptomycine, rayons Ultra-Violet et vitamines.

La percuti-réaction s'est révélée positive en janvier 1960.

A l'admission on note des adénites cervicales bilatérales, de la taille d'une noix.

A droite, on note une grosse adénite latéro-cervicale, indolore, non mobile, non fluctuante, recouverte de peau saine.

A gauche l'adénite est fluctuante. Elle est entourée de satellites plus petits.

L'examen du liquide de ponction n'a pas mis en évidence de B.K.

La radio du thorax est normale.

Traitement : Trecator : 625 mg) 117 jours
I.N.H. : 300 mg)

8 ponctions et injections locales d'I.N.H. ( ) 25 mg
hydrocortisone ( )

Résultat : Les adénites ont pratiquement disparu.
Départ en cure hélio-marine au préventorium "La Dune" à Arcachon de septembre 1960 à mars 1961. Pendant ce séjour, en octobre 1960, il y eut une récidive. De nouvelles injections locales l'hydrocortisone ont suffi à assécher la lésion, qui ne s'est d'ailleurs plus reproduite. Départ en excellent état général.

o
o o

Obs. N° 33 : U... Maurice, 5 ans, admis le 16.V.1960, N°1875

En février 1960 survenue de petits aphtes buccaux avec quelques adénites réagissant bien à l'hexacycline. Il persiste un ganglion sous-maxillaire dont le volume augmente progressivement.

Le virage de la cuti-réaction a eu lieu entre février 1959 et février 1960.

A l'admission on note des chaînes de ganglions cervicaux bilatéraux. On constate un ganglion sous-maxillaire gauche de la taille d'un oeuf de pigeon, assez dur et mobile, qui n'adhère ni sur le plan profond, ni à la peau.

L'examen du liquide de ponction ne met pas de B.K. en évidence.

La radiographie du thorax montre un petit foyer dense à la base droite.

Traitement : Trecator : 375 mg par jour)
I.N.H. : 125 mg par jour) 42 jours
Dectancyl : 2 mg par jour)

Pas de régression. L'enfant doit poursuivre le traitement à l'Isoniazide pendant un an.

o
o o

Obs. N° 36 : M... Marie-Hélène, 13 ans, admise le 2.1.1961, N°10.

Apparition d'une adénite cervicale gauche en mai 1960.

Traitement à domicile très irrégulier par Streptomycine et I.N.H.

En novembre 1960, augmentation de volume de l'adénite.

A l'admission en janvier 1961, l'enfant présente une adénite cervicale gauche de la taille d'un oeuf de poule, indolore, mobile par rapport aux plans profonds et superficiels.

La cuti-réaction est positive.

L'examen direct du pus de l'adénite met en évidence des B.K.

Traitement : Trecator : 1 g (
) 4 mois
I.N.H. : 500 mg (

L'adénite ne montrant pas de tendance à la régression,

l'enfant a été adressée au préventorium de Camiers (Pas-de-Calais) début mai 1961.

L'enfant y suit un traitement à base de Streptomycine et de Rimifon.Le 25 mai 1961, apparition d'une petite fistule.

Le 1er juillet 1961 : arrêt des antibiotiques.

L'enfant quitte le préventorium le 11 août 1961. Bonne cicatrisation de la fistule, diminution nette du volume de l'adénite.

o
o o

Obs. N° 49 : S... Mireille, 15 mois, admise le 21.VII.62.N°1907

Depuis début juillet 1962 l'enfant présente une adénite sous-angulo-maxillaire gauche.

A l'admission, on note une adénite de la taille d'un oeuf de pigeon, sans adhérence avec les plans sus- et sous-jacents.

La cuti-réaction est positive.

L'examen du pus ne montre pas de B.K.

Traitement à base de Trecator et d'I.N.H.

Une ponction suivie d'injection d'I.N.H. et d'hydrocortisone a entraîné une régression notable, mais passagère. En effet on note peu après une nouvelle augmentation de volume du ganglion, rétrocédant après une autre injection d'hydrocortisone.

Au bout de 112 jours d'hospitalisation, l'enfant rentre à la maison.Le traitement à base d'I.N.H. et de Trecator doit être poursuivi à domicile.

II.- TRAITEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Obs. N° 3 : U... Josette, 11 ans, admise le 2.V.1949, N° 1242

Depuis 6 mois, l'enfant présente des adénites dans la région sous-maxillaire droite. Des incisions à plusieurs reprises ont été faites à Saint-Dié et ont entraîné une suppuration continue.

La cuti-réaction est fortement positive.

A l'examen on note à droite une adénite sous-maxillaire fistulisée.

L'examen direct du pus n'a pas mis en évidence de B.K.

Traitement : Streptomycine : 1/2 gramme par jour pendant 20 jours. L'adénite a diminué de volume, au bout de 20 jours, l'enfant a été envoyée en cure.

o
o o

Obs. N° 11 : M... Michèle, 5 ans, admise le 11.3.1955, N° 984

Depuis septembre 1954, l'enfant présente une adénite sous-maxillaire gauche très dure. Elle a été traitée à la maison par la Pénicilline.

A l'admission la cuti-réaction est positive, la radio du thorax est normale.

Traitement : P.A.S. : 5 g
I.N.H. : 150 mg
Streptomycine : 225 mg
Vitaminothérapie
} 60 jours

Au bout de 60 jours de traitement médical, on a recours à la chirurgie : incision longitudinale , ablation de toute la masse ganglionnaire.

A l'examen histologique, on constate une structure folliculaire et gigantocellulaire signant la nature tuberculeuse de l'adénite.

L'évolution immédiate a été bonne. Départ en cure.

o
o o

Obs. N° 12 : L... Odile, 13 ans, admise le 15.3.1955 N° 1247

En janvier 1955, l'enfant a été adressée à la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique pour adénite sous-maxillaire droite. Une biopsie suivie d'exérèse de l'adénite a été pratiquée. L'examen histologique montre quelques follicules à cellules épithélioïdes et à cellules géantes : aspect de l'adénite tuberculeuse chronique.

2 mois plus tard, l'enfant est admise à la Clinique Infantile pour récidive de l'adénite.

La radiographie du thorax montre des calcifications hilaires.

Traitement : P.A.S. 10 g
I.N.H. 350 mg
} 47 jours

L'amélioration a été notable, au bout de 47 jours, l'enfant a été envoyée en préventorium à Camiers (Pas-de-Calais).

o
o o

Obs. N° 14 : J... Erwin, 12 ans, admis pour la 2ème fois le 6.II.1956, N° 504.

En août 1955 apparition d'une adénopathie cervicale gauche présentant les caractères d'une inflammation aiguë : douleur, augmentation de la chaleur locale, peau sus-jacente rouge. Traitement à domicile par Tifomycine, Pénicilline et Streptomycine.

1ère admission à la Clinique Infantile au bout de 3 semaines d'évolution. Devant cette adénopathie d'allure aiguë, on pratique une petite incision qui ramène du pus franc. Mais malgré la prescription de Tifomycine, l'adénite persiste.

La percuti-réaction est positive et la radio du thorax est normale. On pense à une adénite tuberculeuse et pour être mieux orienté on fait une biopsie. L'examen histologique montre de la nécrose caséeuse tuberculeuse.

Traitement : Rimifon et P.A.S. pendant 77 jours
quelques séances de rayons Ultra-Violet
Injections locales de Rimifon
Pansement à l'huile de foie de morue.

Le 17.IX.1955 l'enfant rentre à la maison et continue le traitement aux tuberculostatiques.

Réadmission du 6.II.1956 au 7.4.1956.

A l'examen on note une adénopathie cervicale gauche fistulisée avec une importante infiltration sous-jacente.

Opération le 16.III.1956 : ablation de toute la masse ganglionnaire. Cicatrisation rapide. Résultat esthétique satisfaisant.

o
o o

Obs. N° 15 : M... Yolande, 5 ans, admise le 5.7.1956 N° 2243

En juillet 1956, apparition d'une adénite cervicale droite non fluctuante. La cuti-réaction est positive depuis mai 1956.

Traitement : P.A.S. : 6 g par jour } 110 jours
I.N.H. : 200 mg par jour }
13 séances de rayons Ultra-Violet.

Au cours du traitement, l'enfant a présenté une kérato-conjonctivite phlycténulaire. Au bout d'un mois l'adénite est devenue fluctuante.

Ablation chirurgicale le 16.X.1956. Le résultat esthétique n'est pas satisfaisant. L'opération a été suivie d'une cure au préventorium d'Arbonne.

o
o o

Obs. N° 16 : H... Floréal, 6 ans, admis le 7.2.1958 N° 611.

En octobre 1957 apparition d'une adénopathie sous-maxillaire gauche. Un traitement antibiotique a été institué, puis opération à Bains-les-Bains : ablation d'une partie de l'amas ganglionnaire avec du pus franc bien lié. Mais une grosse périadénite a persisté et l'orifice s'est fistulisé.

Le virage de la cuti-réaction a eu lieu entre octobre 1957 et février 1958. Comme notion de contage on relève que la mère de l'enfant est atteinte de tuberculose.

A l'examen on note une adénite sous-maxillaire gauche fistulisée, du volume d'une noix, avec empâtement adjacent.

La recherche de B.K. a été négative à l'examen direct, positive à la culture et à l'inoculation au cobaye.
Il s'agit de B.K. de type humain.

Traitement : P.A.S. : 6 g (sous-cutané)
I.N.H. : 100 mg (sous-cutané)
I.N.H. : 100 mg per os
vitaminothérapie
} 137 jours

Cortancyl : 20 mg/jour pendant 13 jours
puis 10 mg/jour " 6 jours
puis 5 mg/jour " 11 jours
3 injections locales d'hydrocortisone

Résultat : guérison, départ en cure hélio-marine à Roscoff.

o
o o

Obs. N° 22 : F... Jocelyne, 6 ans, admise le 16.III.1959 N°1096

Enfant adressée pour adénites cervicales bilatérales. A l'admission on note à gauche une tuméfaction sous-maxillaire de la taille d'une noix, à droite une adénite sus-claviculaire de taille plus petite.

Le virage de la cuti-réaction remonte à 1956.

L'examen du pus de l'adénite a mis en évidence des B.K.

La radio du thorax a montré des calcifications hilaires.

Traitement : P.A.S. : 4,40 g
I.N.H. : 150 mg
} 130 jours
24 injections intra-musculaires de Streptomycine à 0, 50 g
1 injection intra-ganglionnaire par semaine de I.N.H. + hydrocortisone } 25 mg

L'évolution immédiate a été bonne. L'enfant a été envoyée en cure à Fontaine-Argent, où le traitement tuberculostatique a été poursuivi. Les adénites ont augmenté de volume, se sont

ramollies très rapidement et en août 1959 on a pratiqué une incision. La cicatrisation s'est bien faite. L'enfant a été envoyée en cure hélio-marine à Palavas (Hérault) du 20.XI.59 au 19.VIII.1960. Bonne évolution.

o
o o

Obs. N° 23 : M... Martine, 6 ans, admise le 10.XI.1958 N°1502.

En juillet 1958, apparition d'une adénopathie sous-maxillaire droite avec fièvre élevée. Traitement : Pénicilline , P.A.S. Régression de l'adénite, puis augmentation de volume, ce qui a motivé l'admission à la Clinique Infantile.

Le virage de la cuti-réaction a eu lieu entre janvier et novembre 1958.

La nature tuberculeuse de l'adénite a été confirmée par la présence de B.K. à l'examen direct du pus.

Traitement : I.N.H. : 175 mg pendant 121 jours
P.A.S. : 5,40 g " 35 jours
Streptomycine : 0,75 g " 59 jours
injections locales 2 fois par semaine de 25 mg d'hydrocortisone et I.N.H.

Au bout de 4 mois d'hospitalisation l'enfant rentre à la maison. Elle doit continuer le traitement à l'Isoniazide, mais la prescription n'a pas été suivie. Fistulisation de l'adénite.

Réadmission du 15.IV.59 au 7.VI.59.
Curage ganglionnaire le 28.IV.59. La plaie s'est bien cicatrisée, l'enfant poursuit le traitement à l'Isoniazide à domicile.

o
o o

Traitement : I.N.H. : 250 mg
P.A.S. : 7 g
6 mois

Le 4.X.1960 curage cervical droit. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de tuberculose.

le 29.X.1960 curage cervical gauche. Bonne cicatrisation. Pas de récidive.

o
o o

Obs. N° 34 : T... Médard, 13 ans, admis le 14.IV.60 N° 2255.

Enfant présentant une adénite cervicale droite.
La cuti-réaction est positive depuis 1954.
La recherche de B.K. s'est avérée négative.

Traitement : Trecator : 450 mg/jour
I.N.H. : 300 mg/jour
95 jours

Pendant ce traitement, l'adénite s'est fistulisée, puis s'est cicatrisée, mais la cicatrice est dure et disgracieuse.

Au 79e jour du traitement médical, l'enfant a été soumis à l'intervention chirurgicale. Résection en bloc de l'adénite cervicale droite et du trajet fistuleux. Les suites opératoires sont satisfaisantes. Afin d'éviter l'apparition d'une cicatrice chéloïde, un traitement radiothérapique a été mis en oeuvre immédiatement.

L'examen histologique a montré quelques follicules à cellules géantes signant la nature tuberculeuse de l'adénite.

Puis l'enfant a été envoyé au préventorium de Marbach du 28.10.60 au 27.1.1961. Le traitement à l'I.N.H. a été poursuivi pendant 3 mois.

o
o o

Obs. N° 35 : M... Françoise, 4 ans, admise pour la première fois le 16.II.1960. N° 4123.

L'enfant a été hospitalisée une première fois du 16.II. 1960 au 24.II.1960 pour adénite sous-maxillaire gauche. Traitement : I.N.H. et Trecator. Le traitement a été continué à la maison pendant trois semaines et a entraîné une régression de l'adénite.

Début octobre, apparition de deux nouvelles adénites à gauche.

Réadmission le 3.12.1960 . A l'examen on note à gauche:

- une adénite sous-maxillaire du volume d'une noisette, mobile, non douloureuse,
- une adénite rétro-maxillaire du volume d'un oeuf de poule, mobile sur les plans profonds, fluctuante avec périadénite importante, recouverte de téguments rouges et chauds.

Traitement : I.N.H. : 200 mg
Trecator : 375 mg
Vitaminothérapie
} 172 jours
Injections locales d'I.N.H. et d'hydrocortisone.

Evolution : fistulisation de l'adénite rétro-maxillaire et augmentation brusque de l'adénite sous-maxillaire.
L'enfant a été envoyée au préventorium de Pyla-sur-Mer.
Là, malgré un traitement à base d'I.N.H. et de Streptomycine, on a noté en juillet 1961 une importante poussée évolutive des adénites.

Une exérèse de toute la chaîne carotidienne gauche a été pratiquée le 20.9.1961. Le résultat a été excellent : très bonne cicatrice. Une petite parésie faciale qui avait

persisté quelques semaines, a complètement régressé .

o
o o

Obs. N° 37 : R... Rachida, 11 ans, admise le 1.4.1961 N° 1325

Il y a 15 jours, apparition d'une adénite sous-maxillaire droite. A l'admission il s'agit d'une adénite de la taille d'une prune, de consistance dure, adhérente aux plans profonds, recouverte de peau violacée.

La cuti-réaction est fortement positive.

L'examen du pus a montré la présence de B.K. après homogénéisation.

Traitement : Trecator : 625 mg
I.N.H. : 300 mg
Vitaminothérapie
} 122 jours

4 ponctions suivies d'injections locales d' I.N.H. + hydrocortisone 25mg

Au 64e jour du traitement médical, l'enfant a été soumise à l'intervention chirurgicale : ablation de tout un paquet de ganglions indurés. Bonne évolution. A été envoyée en préventorium.

o
o o

Obs. N° 38 : N... Evelyne, 5 ans, admise le 8.VI.1961, N°2174.

En novembre 1959, après une angine, apparition d'une adénopathie cervicale droite traitée par des antibiotiques pendant 15 jours. Régression partielle de l'adénite.

La première cuti-réaction faite en mai 1961 est phlycténulaire.

A l'admission en juin 1961, l'enfant présente des signes d'imprégnation tuberculeuse : état subfébril, anorexie, asthénie. On note une adénite cervicale droite rétro-angulo-maxillaire, de la taille d'une amande. Pas de péri-adénite.

L'examen du pus retiré par ponction ne met pas en évidence de B.K.

La radio du thorax montre une adénopathie para-trachéale droite.

Traitement : I.N.H. : 175 mg
Trecator : 375 mg
44 jours

Départ au préventorium de Fontaine-Argent le 1.8.1961. traitement : P.A.S. - I.N.H.

Pendant cette cure, l'image pulmonaire se nettoie régulièrement. Le 3.11.1961 exérèse de l'adénite. Suites opératoires satisfaisantes. Pas de récidive.

o
o o

Obs. N° 39 : H... Patrick, 5 ans, admis le 22.VI.1961 N° 2387

Enfant adressé pour état subfébrile et adénopathie cervicale droite.

A l'examen on note une importante adénite sous-angulo-maxillaire droite avec gonflement de toute la région cervicale droite, la peau sus-jacente est chaude.

La cuti-réaction faite à ce moment est fortement positive.

La radio du thorax est normale.

L'examen du pus n'a pas mis en évidence de B.K.

Traitement : I.N.H. : 175 mg
Trecator : 335 mg
Vitaminothérapie
20 jours

Après 20 jours de traitement médical, l'enfant a été soumis à l'intervention chirurgicale. Dans les suites opératoires on note un écoulement de caseum par la plaie.

Progressivement l'état local s'est amélioré. L'enfant a été envoyé en cure à Berck où il est resté du 5 octobre 1961 au 4 juillet 1962. Traitement par Streptomycine, P.A.S. et I.N.H. Les signes inflammatoires ont régressé rapidement et la fistule s'est cicatrisée. Pas de récidive.

o
o o

Obs. N° 40 : C... Dominique, 6 ans, admise le 20.IX.61 N°3431

En décembre 1960, apparition d'une adénite rétro-maxillaire gauche avec asthénie, anorexie, état subfébrile. Hospitalisation à Sarreguemines pendant 2 mois. Traitement : P.A.S., Rimifon, ponctions suivies d'injections locales de Rimifon.

Puis cure à Marbach pendant 4 mois. Par la suite une nouvelle hospitalisation s'est avérée nécessaire. Fistulisation en juin 1961.

Admission à la Clinique Infantile le 20.9.61.

A l'examen on note une adénite rétro-maxillaire gauche fistulisée avec péri-adénite.

Traitement : Trecator : 625 mg
I.N.H. : 350 mg — 51 jours
Vitaminothérapie
12 injections intra-musculaires de Streptomycine à 0,5 g.

Opération le 5.10.61 : excision en bloc des ganglions caséeux, du trajet fistuleux et de la peau sus-jacente.

Cicatrice en bonne voie de guérison. L'enfant a quitté

le service contre avis médical, doit continuer le traitement tuberculostatique pendant 10 mois.

o
o o

Obs. N° 41 : S... Sabine, 3 ans, admise le 4.9.61 N° 3247.

En septembre 1960, apparition brusque d'une adénopathie cervicale droite avec fièvre. Traitement par Terramycine pendant 10 jours, puis P.A.S., Rimifon et Streptomycine pendant 2 mois. La régression n'est pas totale.

En février 1961, réapparition de l'adénopathie. Nouveau traitement pendant 2 mois à base de Rimifon et de P.A.S. L'adénite persiste et fin août 1961 se produit la fistulisation.

A l'admission, on note une adénite cervicale droite fistulisée avec périadénite.

La cuti-réaction s'est révélée positive en 1959.

La recherche de B.K. dans le pus a été négative.

Traitement : Trecator : 250 mg
I.N.H. : 100 mg } 21 jours
Vitaminothérapie

puis intervention chirurgicale : ablation en bloc des masses ganglionnaires et du trajet fistuleux. Bonne cicatrisation.

L'examen histologique confirme la diagnostic de tuberculose par la mise en évidence de follicules à cellules géantes.

o
o o

Obs. N° 42 : W... Yolande, 13 ans, admise le 15.II.62 N° 533

En janvier 1958, apparition d'une adénite à la face antéro-latérale droite du cou. L'enfant a été envoyée en cure

hélio-marine à Arcachon pendant 14 mois. De nombreuses ponctions ont été faites. Régression de l'adénite.

En décembre 1961, apparition d'une autre adénopathie cervicale droite un peu plus postérieure. Traitement : Rimifon et Streptomycine.

A l'admission on note une adénite cervicale droite de la taille d'une prune, fluctuante, bien mobile par rapport aux plans profonds, recouverte de peau saine.

On remarque aussi des cicatrices rétractiles à la face latérale droite du cou, secondaires à des ponctions répétées.

L'examen direct du pus montre la présence de B.K.

Traitement : P.A.S. : 9,5 g
I.N.H. : 300 mg
} 25 jours
quelques injections locales de 25 mg d'hydrocortisone et I.N.H.

Puis curage de la chaîne ganglionnaire cervicale droite. Très belle cicatrice de 5 cm; linéaire, souple, aucune infiltration sous-jacente. Le traitement tuberculostatique doit être poursuivi à domicile.

o
o o

Obs. N° 43 : SCH ... Myriam, 5 ans, admise le 8.11.62 N° 576

Après une rougeole survenue en mai 1961, apparition d'adénopathies cervicales gauches. A été hospitalisée à Haguenau pendant 3 mois, traitée par Streptomycine, P.A.S., Rimifon. Puis ce traitement a été poursuivi à domicile.

Il s'agit d'uneenfant qui boit du lait cru de vaches reconnues tuberculeuses.

A l'admission on note une adénite sous-angulo-maxillaire gauche, du volume d'un oeuf de pigeon, non mobilisable, de consistance ferme. La peau sus-jacente est rouge.

La percuti-réaction est fortement positive.

La recherche de B.K. dans le liquide de ponction s'est avérée négative.

Traitement : Trecator : 300 mg
I.N.H. : 150 mg
} 26 jours

Opération le 15.2.1962. Ablation des ganglions atteints. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une adénite tuberculeuse. Dans les jours qui ont suivi l'intervention, on a assisté à l'apparition d'une infiltration ligneuse de toute la région latéro-cervicale du côté opéré, ainsi qu'une tendance à la transformation chéloïdienne de la cicatrice. Traitement radiothérapique pendant 15 jours au rythme de 3 séances par semaine. Amélioration de l'état local.

o
o o

Obs. N° 44 : H... Caroline, 2 ans, admise le 9.III.62, N°1023

En septembre 1961, l'enfant a présenté une adénite sous-maxillaire droite. Traitement à domicile à base de Rimifon et Streptomycine.

Mais l'adénite a augmenté progressivement, ce qui a motivé l'admission de l'enfant à l'hôpital de Sarreguemines en février 1962. Traitée par Rimifon, Streptomycine, P.A.S., pendant cette hospitalisation, l'adénite s'est fistulisée.

A l'admission à la Clinique Infantile, on note à droite une adénite sous-maxillaire de la taille d'une cerise, de consistance ferme, mobile par rapport à la peau. La fistule

est en voie de cicatrisation.

La culture du pus montre la présence de B.K.

Traitement : I.N.H. : 100 mg
Trecator : 200 mg
Vitaminothérapie
} 42 jours

Au bout de 42 jours de traitement médical, l'enfant a été soumiseà l'intervention chirurgicale. L'examen histologique confirme le diagnostic de tuberculose. La cicatrice est linéaire et souple, mais on note une parésie faciale droite qui a régressé en quelques semaines.

o
o o

Obs. N° 45 : L... Rémy, 9 ans, réadmis pour la 4ème fois le 13.4.1962, N° 1506.

Il s'agit d'un enfant dont la mère est atteinte de tuberculose. L'enfant a reçu le B.C.G. à la naissance, mais n'a jamais été séparé de sa mère.

A l'âge de 6 mois, apparition d'une adénopathie rétro- et sous-maxillaire droite.

1ère admission du 7.X.53 au 18.III.54.

On note à ce moment une importante adénopathie de la région sous-angulo-maxillaire droite. Il s'agit d'une masse polycyclique, non adhérente aux plans sus- et sous-jacents.

La cuti-réaction est fortement positive.

Traitement : I.N.H. : 100 mg pendant 140 jours
P.A.S. : 2,5 g " 53 jours
Parapectan : 6 g " 49 jours,

puis départ en préventorium pendant 9 mois. Pendant la cure l'adénopathie a fistulisé, puis l'état local s'est amélioré.

2ème admission du 22.5.55 au 20.11.55

Pour augmentation de l'adénopathie et fistulisation

Traitement : P.A.S. : 43 g
I.N.H. : 100 mg
} 50 jours

puis l'enfant a été envoyé à Berck.

3ème admission du 13.2.58 au 3.3.58

pour nouvelle récidive homo-latérale. Administration de tuberculostatiques.

4ème admission du 13.4.62 au 23.4.62 pour récidive.

Traitement à base de Trecator et d'I.N.H. pour couvrir l'intervention chirurgicale : ablation de la masse ganglionnaire très largement calcifiée. Suites opératoires simples.

Poursuite du traitement tuberculostatique à domicile.

o
o o

Obs. N° 46 : L... Bernard, 7 ans, admis le 5.VII.62 N°2409.

En juillet 1961 apparition d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite concomitante au virage de la cuti-réaction. Traitement à base de Stérogyl et de Calcium. Régression.

En mai récidive de l'adénite.

A l'admission en juillet 1962 on constate une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite de la taille d'un oeuf de pigeon, de consistance ferme, adhérente aux plans profonds. La peau sus-jacente est saine et mobile par rapport à l'adénite.

L'examen du pus ne montre pas de B.K.

Un traitement médical à base de Trecator et d'I.N.H. a été utilisé pour couvrir l'opération : l'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de tuberculose.

Bonne cicatrisation. L'enfant a été envoyé en cure.

o
o o

Obs. N° 47 : A... Hubert, 11 ans, admis le 16.7.62, N° 2518.

Enfant traité depuis octobre 1961 pour virage de la cuti-réaction par P.A.S. et I.N.H.

Entrée au préventorium de Marbach. Là, apparition d'une petite adénite cervicale gauche. Traitement : Streptomycine et injections locales de Rimifon, Soludécadron.

A l'admission présence d'une adénite cervicale gauche de la taille d'un oeuf de poule avec périadénite. La recherche de B.K. s'est avérée négative.

Traitement médical :	P.A.S.	: 10 g/jour	26 jours
	I.N.H.	: 450 mg/jour	
	Streptomycine	: 0,75 g/jour	

Exérèse des ganglions atteints. Suites opératoires simples. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une adénite tuberculeuse nettement caséeuse. Poursuite du traitement tuberculostatique au préventorium de Marbach.

o
o o

Obs. N° 48 : N ... Martine, 5 ans, admise le 8.V.62, N° 1787.

En mars 1962 apparition d'une adénite cervicale gauche. Une cuti-réaction faite en janvier 1962 s'était révélée positive. Hospitalisation à Sarreguemines du 21.3.62 au 7.5.62. Biopsie.

l'examen histologique confirme le diagnostic de tuberculose.

A l'admission présence d'une adénite cervicale gauche fistulisée.

L'examen du pus d'adénite n'a pas montré de B.K.

Traitement : Trecator : 300 mg
I.N.H. : 150 mg
} 42 jours

Le 9.5.62 excision en bloc de l'adénite.

Cicatrice très fine et très belle. Le traitement à base de Trecator et d'I.N.H. doit être poursuivi à domicile.

o
o o

Obs. N° 50 : S... Charles, 9 ans, admis le 8.6.62.

L'enfant a été vu en policlinique pour la première fois le 29.3.62. Il présentait alors une adénite sous-maxillaire droite, indolore, de la taille d'une noix. La peau sus-jacente était saine. Cette adénite évoluait depuis 8 jours.
Pas de traitement.

Revu en policlinique le 24.5.62.

La tuméfaction étant fluctuante, une ponction a été faite.

La culture du pus sur milieu de Loewenstein a montré la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants chromogènes.

Admission à la Clinique Infantile le 8.6.62. L'adénite est fluctuante, la peau qui la recouvre est violacée.

La cuti-réaction est positive. La radio des poumons est normale.

Durant l'hospitalisation la fistulisation s'est produite.

Traitement : Pénicilline-Tifomycine.

Le 17.7.62 ablation de l'adénopathie. L'examen histologique montre quelques follicules à cellules épithélioïdes et à cellules géantes .

Suites opératoires simples. Bonne cicatrisation.

- C O N C L U S I O N S -

Dans ce travail, nous avons envisagé les adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant dans leur ensemble et surtout sous l'angle thérapeutique.

On peut distinguer les adénites primaires et les adénites secondaires. Les adénites primaires représentent l'éventualité la plus fréquente. Elles forment l'élément ganglionnaire d'un complexe primaire. Leur siège habituel est sous-angulo-maxillaire. Quant aux adénites cervicales tuberculeuses secondaires elles sont plus rares chez l'enfant. L'éventualité des adénites à bacilles para-tuberculeux reste exceptionnelle.

Du point de vue clinique on peut observer les adénites au stade de crudité, de fluctuation, avec téguments sains ou infiltrés en regard de la tuméfaction. L'évolution se fait habituellement vers la fistulisation.

L'attitude thérapeutique constitue un problème toujours d'actualité. La majorité des auteurs estiment que les tuberculostatiques, qu'ils soient employés par voie générale ou locale, n'ont pas modifié le pronostic local des adénites cervicales tuberculeuses mais ils ont évité les risques de dissémination hématogène.

L'introduction en thérapeutique des corticoïdes a aussi amené un changement dans l'évolution des adénites mais leur effet reste souvent éphémère.

La chirurgie occupe une place prépondérante dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses. L'éxérèse chirurgicale doit être large pour éviter les récidives, et la cicatrice aussi esthétique que possible.

Les 50 cas d'adénites cervicales tuberculeuses que nous avons exposés ont tous été traités par les tuberculostatiques. 25 cas ont subi une intervention chirurgicale à la suite d'un échec du traitement médical. Nous préconisons un court essai de traitement médical. Si les ganglions ne régressent pas nettement au bout de 6 à 8 semaines, mieux vaut opérer; l'intervention sera obligatoirement encadrée par un traitement tuberculostatique. A la suite de notre expérience que confirme celle de la plupart des autres auteurs, nous estimons donc que la chirurgie a gardé une place de choix dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses.

Vu :
Strasbourg, le 30 mars 1963.
LE PRESIDENT DE THESE
signé : R. SACREZ

Vu :
Strasbourg, le 30 mars 1963.
P. LE DOYEN DE LA FACULTE
DE MEDECINE

l'Assesseur
signé : J. CALLOT

Vu et permis d'imprimer
Strasbourg, le 2 Avril 1963.
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE
PRESIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITE

signé : J.F. ANGELLOZ

- B I B L I O G R A P H I E -

ACETO J.N., KASUGA K., SANDERSON S.S.
X-Ray therapy of peripheral lymphadenitis
Am. Rev. Tuberc. 68, (1953), p.157-164.

ANASTASIADES A.A., TSIKOUDAS E.C., LINCOLN E.M., DALY J.F.
Tuberculosis of the superficial lymphnodes in children, a review with a report of experience of enzymatic debridement.
Am. Rev. Tuberc. 76, (1957), 4, p.588-600.

BECK E., BEHRENDT H., KASTERT J.
Zur Klinik und Therapie der Halslymphknotentuberkulose.
Tbkarzt, 12, (1958) 9, p.573-576.

BECK E., BEHRENDT H., KASTERT J.
Zur Klinik und Therapie der Halslymphknotentuberkulose.
Tuberkulosearzt 12, (1958), 9, p.573-580.

BEHLERT Ramon
La chirurgie d'exérèse dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant.
Thèse Méd. Lyon, N°143, Imprimerie générale lyonnaise, 74 pages,1960.

BERNARD J., MATHE G., LUMBROSO P.
Traitement de la tuberculose ganglionnaire externe par la cortisone per os et l'hydrocortisone locale.
Le traitement de la Tuberculose de l'enfant.
Centre International de l'Enfance, 10, 353 pages
Paris, Masson & Cie, 1956.

BROWN J.J. Discussion on tuberculous cervical adenitis.
Proc. R. Soc. M. Lond. 50, (1957), 12, p.1060-1063.

BROWNE D., MILLER F.J.
The problems of peripheral tuberculous lymphadenitis in childhood.
Proc. R. Soc. M. Lond. 49, (1956), 12, p.969-974.

BRÜGGER H.
Zur Behandlung der Halslymphknotentuberkulose
Tuberkulosearzt, 12, (1958), 3, p.135-148.

BRÜGGER H.
Die Behandlung der Lymphknotentuberkulose.
Langenbeck Arch. Klin. Chir. 295, (1960), p.516-521.

BURGHARD G., MACKEN J., PATE H.
L'éthioniamide dans le traitement de la tuberculose infantile.
Arch. Franç. Pediat. 17, (1960), p.1350-1353.

BURGHARD G., PATE H.
A propos des contaminations par germes résistants dans la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant.
Excerpta Medica I, N°44, Compte-rendu du XVI^{e} Congrès International de la Tuberculose, (1961), p.103-p.105.

CAMPOURCY A.
Adénites cervicales tuberculeuses; action de l'hydrazide de l'acide isonicotinique.
Concours Médical, 75, (1952), 43, p.3552-3555.

CANETTI G.
La résistance du bacille de Koch dans les lésions tuberculeuses.
Path. Biol. 8, (1960), p.1643-1649.

CANETTI G., GRUMBACH F.
Diffusion de la Streptomycine dans les lésions caséeuses des tuberculeux pulmonaires.
Ann. Inst. Pasteur, 85, (1953), 3, p.380-383.

CANETTI G., GRUMBACH F.
Modalités de pénétration de la Streptomycine dans les lésions nécrotiques de la tuberculose pulmonaire.
C.R.Soc. Biol., 150, (1956), 6, p.1136-1140.

CHAPMAN J.S., GUY L.R.
Scrofula caused atypical mycobacteria.
Pediatrics, 23, (1959), 2, p.323-331.

COEUILLIEZ A.
A propos du traitement des adénites tuberculeuses périphériques.
Vie Médicale, 43, (1962), p.47-66.

DAVIS S.D., COMSTOCK G.W.
Mycobacterial cervical adenitis in children.
J. Pediat. 58, (1961), p.771-778.

DORMONT J.
Traitement des tuberculoses ganglionnaires externes.
Vie Méd. Par. 38, (1957), 3, p.393-398.

ERICHSON K.
A.C.T.H., Cortison und Derivate in der Behandlung der Tuberkulose des Kindes.
Mschr. Kinderheilk. 108, (1960), p.202-204.

GERBEAUX J., BACULARD A.
L'hormonothérapie dans le traitement de la primo-infection de l'enfant.
Rev. Prat. 9, (1959), p.2887-2898.

GIRET J.
Traitement des adénites tuberculeuses de l'enfant.
Rev. Chir. orthop. Par. 43, (1957), 3-4, p.326-p.329.

HAZELHURST G.N.
Streptokinase, streptodornase in the treatment of suppurative tuberculosis adenitis.
Forum on fundamental surgical problems.
Clin. Congress of Am. College of Surgeons W.B.
Saunders Co Philadelphia, (1951) p.439-441.

IMBERT P., CHEVALLIER G., DHERS A., FRUIT G., BASCOUL
La cortisone en application locale dans le scrofuloderme ganglionnaire ulcéré et adénites périphériques traitéespar hormonothérapie générale.
Pédiatrie, Lyon, 11, (1956), 6, p.937-940.

IMBERT P., CHEVALLIER G., JARLOT B., BERNADIN G.
Résultats du traitement des adénites tuberculeuses périphériques par les antibiotiques d'après 184 observations.
Pédiatrie, 8, (1956), 11, p.929-933.

JAMES E.F.
Discussion on tuberculous cervical adenitis.
Proc. R. Soc. M. Lond. 50, (1957), 12, p.1063-1064.

JEUNE M., CHARRAT A., BIOT J.
Sur la corticothérapie des tuberculoses initiales ganglio-pulmonaires et des adénites cervicales de primo-infection tuberculeuse chez l'enfant.
Pédiatrie, Lyon. 13, (1958), 4, p.459-465.

JOSEPH R., RIBIERRE M., BARROIS A.
Traitement des adénites cervicales à bacilles tuberculeux et para-tuberculeux.
Gaz. Méd. France, N° spécial, (1961), p.47.

KAPLAN M., GRUMBACH R., DOBROWOLSKI B.
Adénites cervicales à bacilles paratuberculeux - (bacilles acido-alcoolo-résistants chromogènes) chez l'enfant.
Presse Méd. 66, (1958), 85, p.1905-1908.

KENDIG E.L. Jr., WILEY T.M. Jr.
The treatment of tuberculosis of the superficial cervical lymphnodes in children.
J. Pediat. S. Louis, 47, (1955), 5, p.607-613.

KESZTELE V.
Über die Tuberkulose der Halslymphdrüsen.
Wien. med. Wschr. 109, (1959), 21, p.433-435.

LAVAL P., BONNEAU H.
Adénites tuberculeuses périphériques. Indications thérapeutiques et résultats (80 obs.)
Rev. Tub. 25, (1961), p.1-18.

LAVIGNE Gabriel
Les adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant. La place de la corticothérapie surrénale dans leur traitement.
Thèse Fac. Méd. Paris, 84 pages, R. Vezin, (1957).

LESTER C.W.
Lymphnode tuberculosis and its treatment in accessible nodes.
Am. Rev. Tuberc. 64, (1951), p.691-693.

LINCOLN E.M.
Indication for treatment of primary tuberculosis in children.
Bull. N. York Acad. M. 32 (1957), 7, p.509-516.

MANDE R.
A propos des adénites suppurées du B.C.G.
Le traitement de la Tuberculose de l'enfant.
Centre International de l'Enfance, 10, 353 pages
Paris, Masson, (1956).

MARFAN A.
De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire.
Archives Générales de Médecine, 17, (1886), p.575-589.

MARQUEZY R.A., BACH C.
Corticothérapie et adénites cervicales tuberculeuses.
Sem. Hôp. Paris, 33, (1957), 56/10, p.3299-3301.

MARQUEZY R.A., BACH C.
Place de la corticothérapie en tuberculose infantile.
Gaz. Méd. France, 69, (1962), p.183-196.

MARQUEZY R.A., CHIGOT P., VIALATTE J., BACH C., ESTEVE P. GUIMBAUD P.
Traitement des adénites cervicales tuberculeuses
Le Traitement de la Tuberculose de l'enfant,
Centre International de l'Enfance, 10, 353 pages,
Paris, Masson, (1956).

MARQUEZY R.A., CHIGOT P., VIALATTE J., BACH C., ESTEVE P., GUIMBAUD P.
Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses, intérêt de l'hydrocortisone locale.
Sem. Hôp. Paris, 32, (1956), 20/3, p.1111-1115.

MARSDEN H., HYDE W.A.
Anonymus mycobacteria in cervical adenitis.
Lancet, 1, (1962), p.249-250.

MAZURE Claude Hubert
Traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses de l'enfant.
(A propos de 100 curages ganglionnaires).
Thèse Méd. Paris, 81 pages (1959).

MULLER H.F.
Die Röntgenentzündungsbestrahlung bei tuberkulösen Lymphomen des Halses.
Münch. Med. Wschr. 99, (1957), 11, p.377-381.

NOUFFLARD H., CONTIL L., BRICAUD H.E., GEREBAUX J., ROUCHON M.
Adénites cervico-faciales de l'enfant à bacilles paratuberculeux (chromogènes atypiques).
Rev. Tuberc. Paris, 25, (1961), p.620-641.

OPPIKOFER E.K. ..
Uber die grundsätzlich chirurgische Behandlung der Halslymphknotentuberkulose.
Schweiz. Med. Wschr. 82, (1952), p.677-681.

PELLERIN D.
Traitement des adénopathies cervicales chroniques tuberculeuses.
Rev. Prat. Par. 5, 23, (1955), p.2395-2402.

PELLERIN D.
Traitement chirurgical des adénites cervicales tuberculeuses.
Le Traitement de la Tuberculose de l'enfant.
Centre International de l'enfance, 10, 353 pages, Paris, Masson (1956).

PELLERIN D. , MAZURE Cl. H.
A propos de 100 curages ganglionnaires pour tuberculose cervicale chronique.
Arch. Franç. Péd. 17, (1960), p.822-830.

RAFFI A., BESANCENEZ A., FAYOLLE D., ESTIBAL H.
Trois cas d'adénopathies cervico-faciales suppurées d'origine tuberculeuse. Utilité de la corticothérapie.
Pédiatrie, 16, (1961), p.398-400.

RANKOW R.M.
The management of tuberculous cervical adenitis.
Am. J. Surg. 94, 6, (1957), p.900-901.

ROMAGNY G., JOFFARD P.
Résultats et orientation actuelle du traitement des adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant.
J. Méd. Lyon, 42, (1961), p.1271-1294.

ROSSKOPF R.
Halslymphknotentuberkulose und Tonsille.
Zschr. Laryng. 35, (4), (1956), p.261-266.

ROSSI E.
Les adénites suppurées après vaccination par le B.C.G. et leur traitement.
Le Traitement de la tuberculose de l'enfant, Centre International de l'enfance, 10, 353 pages, Paris, Masson, 1956.

ROUVIERE H.
Anatomie humaine
7° édit. 544 pages, Paris, Masson & Cie, 1954.

RUZICZKA O., GROSS H.
Beitrag zur Therapie der käsig einschmelzenden Lymphadenitis nach B.C.G. - Impfung.
Schweiz. Zschr. Tuberk. 14, (1957), 3, p.227-237.

SACREZ R., BURGHARD G., WITZ J.P., BUCK P., BERSEZ M.
A propos des résultats du traitement médical ou chirurgical de 40 cas d'adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant.
Annales de Chirurgie Infantile, T.3, (1962), 2 p.119-124.

SACREZ R., BURGHARD G., PATE H., MACKEN J.
Les indications de la corticothérapie au cours de la tuberculose infantile.
Archives françaises de Pédiatrie T. XIX, (1962) N°5, p.694-699.

SATTLER A.
Zur Differentialdiagnose und Therapie der Lymphomata colli.
Wien. Med. Wschr. 104, (1954), p.469-472.

SCHMID P. Ch.
Die Halslymphknotentuberkulose und ihre Behandlung
Münch. Med. Wschr. 100, (1958), 34, p.1279-1285.

SCHMID P. Ch.

Zur Diagnose und Klinik der Halslymphknotentuberkulose.
Med. Monatsschrift, 12, (1958), 7, p.469-475.

SCHMID P. Ch.

Die Tuberkulose der Halslymphknoten bei Kindern
Arch. Kinderheilk. Suppl. 42, (1960), p.1 à 85.

TAILLENS J.P.

Les adénopathies cervicales : essai d'une classification étiologique des adénites en fonction de leur localisation anatomo-topographique.
Rev. Med. Suisse Rom. 82, (1962), p.259-280.

UEHLINGER E.

L'anatomie pathologique de la tuberculose des glandes cervicales.
Le Traitement de la Tuberculose de l'enfant.
Centre International de l'enfance, 10, 353 pages
Paris, Masson, 1956.

VIRENQUE J., PASQUIE M., GAUBERT J.

Considérations sur la tuberculose ganglionnaire chez l'enfant.
Toulouse Médical, 63, (1962), p.89-97.

WEBER R.

Résultats du traitement des tuberculoses ganglionnaires cervicales par la sulfone argentique associée à l'isoniazide.
Sem. des Hôp. de Paris, 33, (1957), N°6, p.26-27.

WESENER G.

Zur Therapie tuberkulöser Halslymphone, vorläufige Mitteilung.
Derm. Wschr. 131, (1955), 2, p.25-34.

WESENER G.

Das Krankheitsgeschehen bei tuberkulöser Halslymphonen und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schlussfolgerungen.
Derm. Wschr. Leipzig, 129, (1954), 5, p.105-111.

WESENER G.

Zur Pathogenese des kindlich tuberkulösen Halslymphoms.
Arch. Derm. Syph. 200, (1955), p.510-515.

WILMOT T.J.

Discussion on tuberculous cervical adenitis.
Proc. R. Soc. M. Lond. 50, (1957), 12, p.1057-p.1060.

WILMOT T.J., JAMES E.F., REILLY L.V.

Tuberculous cervical adenitis
Lancet, Lond. 273, (1957), p.1184-1187.

WISSLER H.

Le traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses.
Le Traitement de la Tuberculose de l'enfant.
Centre International de l'enfance, 10, 353 pages, Paris, Masson (1956)

ZELLER F.

Zur Behandlung der hautnahen Lymphknotentuberkulose mit Isonikotinsäurehydrazid.
Medizinische, N°38, (1954), p.1277-1280.

- TABLE DES MATIERES -

Pages

INTRODUCTION 1

Chapitre I :

LES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES CHEZ L'ENFANT 2

1°) - La topographie des adénites cervicales 2
2°) - Etiologie et pathogénie 5
a) les adénites cervicales tuberculeuses primaires 5
b) les adénites secondaires 7
c) importance respective des B.K. humains, bovins et des bacilles paratuberculeux 7
3°) - Le tableau clinique et l'évolution 8
a) les adénites primaires 8
b) les adénites secondaires 10
c) les adénites à bacilles paratuberculeux dits chromogènes atypiques 11
4°) - Diagnostic différentiel 13
a) les adénites cervicales par infections banales des voies respiratoires supérieures 13
b) les infections à virus 13
c) la maladie des Besnier-Boeck-Schaumann . . 13
d) les adénopathies malignes 14

Chapitre II :

CONCEPTIONS ACTUELLES DU TRAITEMENT 15

A.- TRAITEMENT MEDICAL 16

1°) - Cure climatique 16
2°) - La radiothérapie 17
3°) - Les tuberculostatiques 17
4°) - La corticothérapie 20
5°) - L'enzymothérapie 23

/....

Pages

B.- TRAITEMENT CHIRURGICAL 26

a) Indications de l'opération 27
b) Technique opératoire 28
c) Les résultats du traitement chirurgical . . . 29

Chapitre III :

NOS RESULTATS 32

A.- MODALITES DU TRAITEMENT 33

1°) - Les tuberculostatiques 33
2°) - Les substances corticoïdes 34
3°) - L'exérèse chirurgicale 34

B.- RESULTATS 35

1°) - Traitement médical 38
2°) - Traitement chirurgical 39

C.- DISCUSSION DES RESULTATS 40

Chapitre IV :

NOS OBSERVATIONS 47

CONCLUSIONS 84

BIBLIOGRAPHIE 86